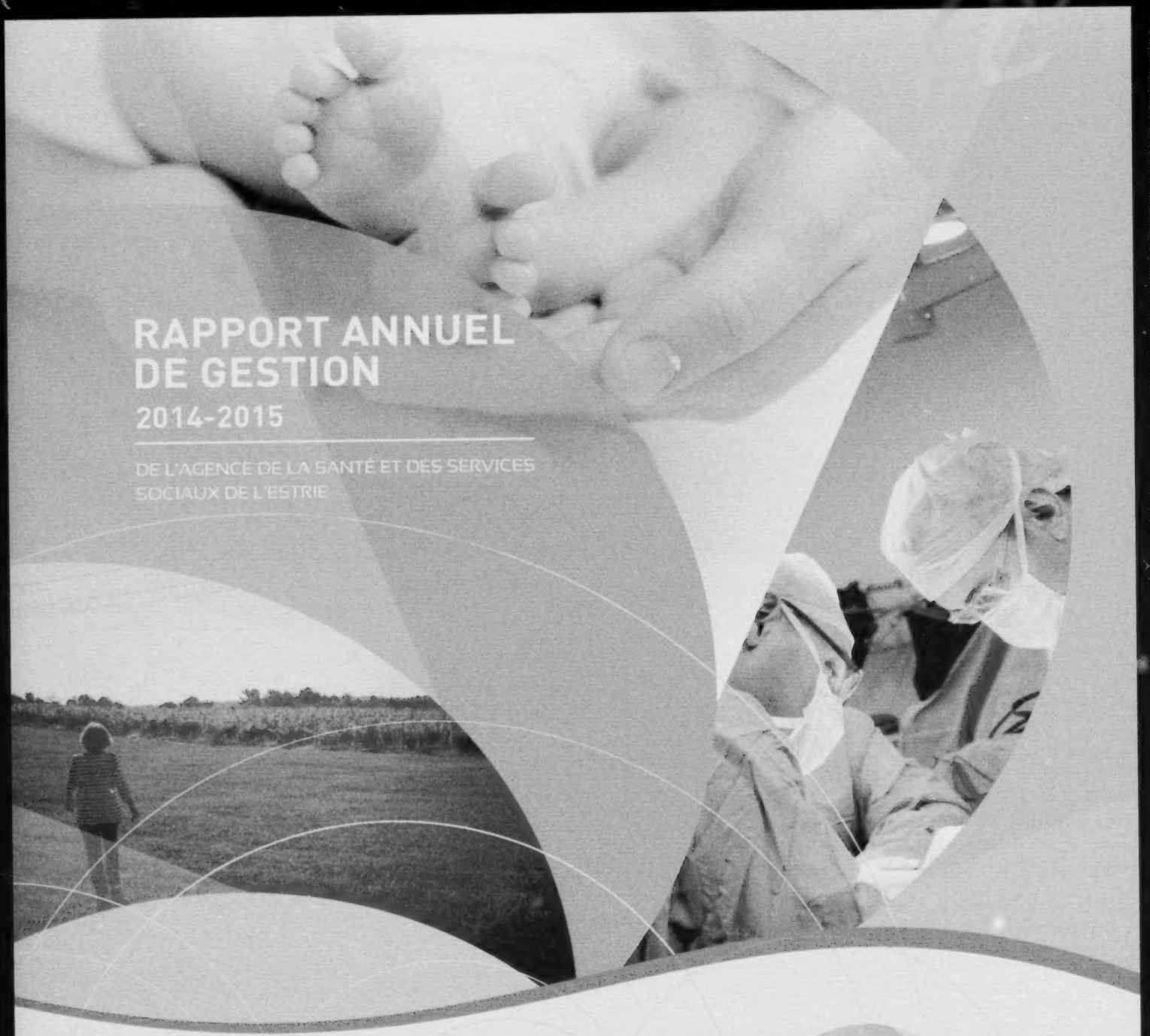


RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2014-2015

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

UNE INSPIRATION. DE L'INNOVATION.

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec

Ce document a été produit par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination
Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

Rédaction
Directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Révision des textes et graphisme
Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

Diffusion
Service de la performance, de la qualité et des communications
Direction de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

Droit d'auteur © Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
ISBN 978-2-924287-64-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-924287-63-7 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est disponible qu'en version électronique à l'adresse santeestrie.qc.ca.

Message

DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS)

À partir du 1er avril 2015, l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales fait en sorte que la région doit créer un nouvel établissement afin d'améliorer l'accessibilité, la fluidité, l'efficience et l'efficacité des services aux usagers et aux usagères. Pour nous, cela représente la fusion de quatorze établissements, dont les centres de santé et de services sociaux (CSSS) La Pommeraie et de la Haute-Yamaska qui se sont joints à notre CIUSSS, et l'abolition de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Quel défi de taille...!

C'est avec beaucoup de fierté et de détermination que j'ai accepté de prendre la tête de cette nouvelle organisation. La transformation du réseau, telle que proposée dans la Loi, s'avère une opportunité pour l'Estrie, voire un levier. En unissant nos forces, en partageant nos pratiques d'excellence et notre vision novatrice, nous irons encore plus loin.

« En Estrie, ensemble, innovons pour la VIE! » est la nouvelle vision de l'établissement. Dans l'énoncé, on constate la force de la collaboration, le désir de sortir des sentiers battus pour faire toujours mieux, tout en gardant à l'esprit notre raison d'être : la VIE. La VIE réfère au secteur de la santé et des services sociaux dans lequel nous œuvrons, mais aussi au fait que le CIUSSS de l'Estrie – CHUS offrira la gamme la plus étendue de services des établissements du Québec, de la prévention aux soins de fin de vie, des soins et services primaires à ceux surspécialisés.

Pour s'imprégner de cette nouvelle vision, une démarche participative a été lancée afin d'établir les nouvelles valeurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. En tout, c'est près de 2 500 personnes qui ont participé (membres du personnel, médecins, population, etc.). Les valeurs retenues sont l'**humanisme**, l'**engagement** et l'**adaptabilité**.

En terminant, je tiens à remercier les membres des conseils d'administration des quinze précédentes organisations qui, grâce à leur engagement et à leur dévouement, ont su faire du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie un lieu de soins, d'interventions et de travail rempli de sens, et ce, au service de notre population.

Mme Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Déclaration

SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES

Les résultats et l'information contenus dans le présent *rapport annuel de gestion* relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2014-2015 de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie* (Agence), ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

P. Gauthier

M^me^ Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Message

DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Ce rapport annuel reflète nos résultats au terme d'une planification stratégique de cinq ans, soit 2010-2015. Il rend compte également de nos résultats à l'entente de gestion convenue entre le Ministère et l'Agence.

Le chemin parcouru en matière d'amélioration de l'accessibilité, autant par la réduction des délais que le maintien des cibles déjà atteintes dans plusieurs programmes-services, notamment en ce qui a trait aux services aux personnes âgées, méritent notre appréciation. Les actions majeures menées par l'ensemble des établissements au regard de la qualité et de la performance sont aussi traduites par ce rapport et reflètent l'engagement de l'ensemble des équipes de travail. En plus de miser sur la concertation et la collaboration pour améliorer les services, la région a maintenu sa tradition d'équilibre budgétaire et rencontre les efforts d'optimisation attendus.

L'année 2015-2016 nous amène vers un modèle d'un établissement pour la région. Nous croyons que les assises qui sont les résultats présentés dans ce rapport nous mettent dans une très bonne position. Ces résultats sont attribuables aux directrices générales, aux directeurs généraux et à leurs équipes, aux membres des conseils d'administration et au personnel de l'Agence. Soyez assurés de notre haute appréciation.

M^e Denis Paré
Président du conseil d'administration

M^me Johanne Turgeon
Présidente-directrice générale

Table DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES XI

1 RÔLE ET FONCTIONNEMENT DE L'AGENCE ET DE SON RÉSEAU

1.1 AGENCE **3**

1.1.1 Vision, mission et valeurs 3
1.1.2 Organigramme 8
1.1.3 Effectifs de l'Agence 9
1.1.4 Conseil d'administration 10
1.1.5 Table de coordination régionale de l'Estrie (TCRE) 12
1.1.6 Comité de gouvernance et d'éthique 14
1.1.7 Comité d'audit 15
1.1.8 Comité de vigilance et de la qualité 17
1.1.9 Comité régional pour le programme d'accès en langue anglaise 18
1.1.10 Forum de la population 20
1.1.11 Commission infirmière régionale de l'Estrie 22
1.1.12 Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie 24
1.1.13 Département régional de médecine générale 26
1.1.14 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 28
1.1.15 Comité régional sur les services pharmaceutiques 30

1.2 RÉSEAU ESTRIEN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX **33**

1.2.1 Territoire couvert et population 33
1.2.2 Établissements 35
1.2.3 Affaires corporatives 37
1.2.4 Effectifs du réseau estrien 37
1.2.5 Organismes communautaires 39

2 ENJEUX PRIORITAIRES DU PLAN STRATÉGIQUE 2010-2015

2.1 ENJEU 1 : UNE CONSOLIDATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES DIVERS PARTENAIRES DU RÉSEAU, DONT LES GMF ET LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES, ADAPTÉS AUX BESOINS DE LA POPULATION POUR ASSURER UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES **43**

2.1.1 Adapter l'organisation des services de santé et des services sociaux en fonction des besoins de la clientèle et du vieillissement de la population 45
2.1.2 Consolider l'offre de service de première ligne et de services spécialisés pour une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services 47
2.1.3 Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés 78
2.1.4 Développer un partenariat privilégié dans la mise en réseau des services 79
2.1.5 Assurer la qualité des soins et des services de santé et des services sociaux offerts 80

2.2 ENJEU 2 : LA MAXIMISATION DE NOTRE CAPACITÉ D'ATTRACTION, DE RÉTENTION ET D'ADAPTATION À L'ÉVOLUTION DE LA PÉNURIE ACTUELLE ET APPRÉHENDÉE EN RESSOURCES HUMAINES, DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE **91**

2.2.1 Augmenter le pouvoir d'attraction du secteur de la santé et des services sociaux 93
2.2.2 Soutenir les processus de recrutement des établissements 97

2.2.3 Accroître le taux de rétention de la main-d'œuvre dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie 99
2.2.4 Positionner le développement des compétences auprès des employeurs, des employés et employées du secteur, comme source privilégiée de motivation de la main-d œuvre et d'amélioration de la performance des établissements 103
2.2.5 Bonifier la programmation des activités de développement des compétences en fonction des besoins spécifiques des établissements 107
2.2.6 Développer une image de marque et d'employeurs de choix dans notre région aux yeux des candidats et des candidates, ainsi que du personnel 109
2.2.7 Mobiliser l'ensemble du secteur de la santé et des services sociaux autour du réseau estrien et des enjeux de la planification de la main-d'œuvre 111

2.3 ENJEU 3 : LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION PRÉVUES DANS LE *PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007* ET DE SA MISE À JOUR EN 2010 113

2.3.1 Accentuer les mesures de promotion de la santé et de bien-être et de prévention primaire des maladies dans tous les domaines de la santé publique 114
2.3.2 Utiliser des méthodes et des stratégies efficaces pour agir dans les différents domaines de la santé publique 128
2.3.3 Assurer la protection de la santé publique par une vigie sanitaire et par l'application des lignes directrices lors de signalements, d'éclosions, ou d'intoxications à déclaration obligatoire 132

2.4 ENJEU 4 : LA PERFORMANCE PAR L'AMÉLIORATION DE LA PRODUCTIVITÉ, LES MÉTHODES DE SUIVI DE GESTION ET L'OPTIMISATION DES RESSOURCES 137

2.4.1 Répondre aux défis par le développement d'organisations performantes et novatrices 139
2.4.2 Assurer une gestion rigoureuse en optimisant l'utilisation des ressources disponibles 141
2.4.3 Relever les défis de santé financière par la diminution des dépenses administratives 150
2.4.4 Mettre en œuvre des mécanismes de négociation des ententes de gestion mobilisants 152

3 DONNÉES FINANCIÈRES

3.1 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 157

3.1.1 Rapport de la direction 157
3.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés de l'Agence 159
3.1.3 États des résultats des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations résumés pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 161
3.1.4 États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations résumés pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 165
3.1.5 Bilans résumés des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations au 31 mars 2015 167
3.1.6 État des résultats et bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2015 168
3.1.7 État résumé du solde de fonds combiné des fonds affectés au 31 mars 2015 171
3.1.8 Notes aux états financiers résumées 172
3.1.9 Contrats de services 187

3.2 ÉTATS FINANCIERS DU RÉSEAU 189

3.2.1 Situation financière des établissements 189
3.2.2 Budget net de fonctionnement 191
3.2.3 Optimisation des ressources 192
3.2.4 Autorisations d'emprunt temporaires 193
3.2.5 Allocation des ressources aux organismes communautaires 194

ANNEXE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS ET DES ADMINISTRATRICES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE 203

Liste

DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

AITC	ARCHITECTURE INTÉGRÉE TECHNOLOGIQUE COMMUNE
AMP	ACTIVITÉ MÉDICALE PARTICULIÈRE
C. A.	CONSEIL D'ADMINISTRATION
CAFE	CRISE - ADO - FAMILLE - ENFANCE
CAR	CENTRE D'ASSISTANCE RÉGIONAL
CAT	CENTRE D'ABANDON DU TABAGISME
CECII	COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIERS ET DES INFIRMIÈRES
CHSLD	CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE
CHUS	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
CIIA	COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES
CIRE	COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE
CJE	CENTRE JEUNESSE DE L'ESTRIE
CMDP	CONSEILS DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
CMURE	COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE
CR	CENTRE DE RÉADAPTATION
CRDE	CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE L'ESTRIE
CRDI	CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
CRDITED	CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT
CRE	CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE
CRSP	COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

CSSS	CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DCI	DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ
DGTI	DIRECTION GÉNÉRALE DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION
DI-TED	DÉFICIENCE INTELLECTUELLE - TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT
DMS	DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR
DRMG	DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE
DSAMU	DIRECTION DES SERVICES, DES AFFAIRES MÉDICALES ET UNIVERSITAIRES
DSP	DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
DSPE	DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ÉVALUATION
DSQ	DOSSIER DE SANTÉ QUÉBEC
ETC	ÉQUIVALENT TEMPS COMPLET
GMF	GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE
IAB	INITIATIVE DES AMIS DES BÉBÉS
IMP	INTERVENTION MULTIFACTORIELLE PERSONNALISÉE
IPS-SPL	INFIRMIER PRATICIEN SPÉCIALISÉ OU INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE
ITSS	INFECTION TRANSMISE SEXUELLEMENT OU PAR LE SANG
IUGS	INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE SHERBROOKE
LSSSS	LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX
MADO	MALADIE À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
MELS	MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT
MFA	MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS
MOI	MAIN-D'ŒUVRE INDÉPENDANTE
MRC	MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE COMTÉ
MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

OEDC	OBSERVATOIRE ESTRIEN DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS
PAB	PRÉPOSÉE OU PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES
PAR	PLAN D'ACTION RÉGIONAL
PCP	PRATIQUE CLINIQUE PRÉVENTIVE
PDG	PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE
PDRH	PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
P.I.E.D.	PROGRAMME INTÉGRÉ D'ÉQUILIBRE DYNAMIQUE
PNSP	PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE
PQDCS	PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
PREM	PLAN REGIONAL DES EFFECTIFS MÉDICAUX
PRF	PLAN RÉGIONAL DE FORMATION
PSI	PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉS
PSOC	PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
RBQ	RÉGIE DU BÂTIMENT DU QUÉBEC
RI	RESSOURCES INTERMÉDIAIRES
RITM	RÉSEAU INTÉGRÉ DE TÉLÉCOMMUNICATION MULTIMÉDIA
RSIPA	RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES
RSSS	RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
RTF	RESSOURCE DE TYPE FAMILIAL
RPQ	RÉSEAU PLANETREE QUÉBEC
SAD	SOUTIEN À DOMICILE
SAPA	SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES
SIM	SUIVI INTENSIF DANS LE MILIEU
SIPPE	SERVICE INTÉGRÉ EN PÉRINATALITÉ ET POUR LA PETITE ENFANCE

SNCE	SERVICE NATIONAL DU COURRIER ÉLECTRONIQUE
TAQ	TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC
TCRE	TABLE DE COORDINATION RÉGIONALE DE L'ESTRIE
TECFE	TABLE ESTRIENNE DE CONCERTATION FORMATION EMPLOI
TRCDMS	TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE
TRQ	TABLE RÉGIONALE QUALITÉ
TRRH	TABLE RÉGIONALE DES RESSOURCES HUMAINES
UQTR	UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
URFI	UNITÉ DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE INTENSIVE

1

Rôle et fonctionnement DE L'AGENCE ET DE SON RÉSEAU

1.1 AGENCE

1.1.1 VISION, MISSION ET VALEURS

Vision

L'Estrie est une région universitaire avant-gardiste qui encourage l'innovation, le transfert des connaissances, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention dans le domaine des services de santé et des services sociaux. Le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de l'Estrie est une organisation dynamique et fière des améliorations des dernières années, dont les compétences sont mises au service de sa population, afin de mettre en œuvre des actions portant sur la promotion de saines habitudes de vie, la prévention des problèmes de santé et de bien-être, la protection de la santé publique, et d'offrir des services de santé et des services sociaux qui répondent à ses besoins et à ses particularités.

Préoccupé par l'accessibilité rapide et simplifiée et par la qualité des services, le réseau des établissements vise à se surpasser pour le mieux-être de ses citoyens et de ses citoyennes, et entend offrir des services intégrés, novateurs, coordonnés par du personnel qualifié dans son organisation. L'organisation du système de services doit se consolider autour des réseaux locaux de services, responsables de rendre accessibles les services intégrés à la population du territoire.

Mission

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Agence) consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de sa population, et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en partenariat avec les établissements, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés.

L'Agence exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de mise en réseau de services, de surveillance, de promotion et de protection de la santé publique, de financement, d'allocation de ressources humaines et de services généraux et spécialisés.

Les principaux mandats de l'Agence sont définis à l'article 340 de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (L.R.Q., chapitre S-4.2). À cette fin, l'Agence a pour objet de :

- assurer la participation de la population à la gestion du réseau;
- assurer le respect des droits des usagers et des usagères;
- s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers et aux usagères;
- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- allouer les budgets destinés aux établissements, accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées;
- coordonner les activités médicales particulières, les activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et favoriser leur collaboration avec les autres agentes et agents de développement de leur milieu;
- coordonner les services avec ceux offerts dans les autres régions;
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes :
  - o informer sur l'état de santé de la population, les problèmes de santé prioritaires, les groupes vulnérables, les facteurs de risques, les interventions efficaces;
  - o identifier des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population;
  - o mettre en place des mesures de protection de la santé publique;
  - o développer une expertise en promotion et en prévention;
  - o identifier des situations où une activité intersectorielle s'impose;
- assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- exercer les responsabilités prévues à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes en fonction des cibles nationales et régionales, et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- soutenir les établissements dans l'organisation des services;
- intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'ententes, préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- permettre aux établissements l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- s'assurer des mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements;
- développer des outils d'information et de gestion pour les établissements et les adapter à leurs particularités;

- développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services, et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagers et des usagères;
- exécuter tout autre mandat que le ministre lui confie;
- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels (article 371);
- élaborer, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit, et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines, et veiller à leur application (article 376);
- veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être, au regard du respect des priorités définies (article 346);
- délivrer la certification à l'exploitant ou à l'exploitante d'une résidence privée pour aînés si, après vérification, cet exploitant ou cette exploitante remplit les conditions prévues (article 346.0.6);
- faire une inspection dans une résidence privée pour aînés afin de constater que les critères et les normes d'exploitation sont respectés et que l'exploitant évite toute pratique ou situation pouvant compromettre la santé ou la sécurité des résidents (article 346.08);
- élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, pour les personnes d'expression anglaise, dans les centres exploités par les établissements (article 348);
- favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui est respectueuse des caractéristiques des communautés culturelles, en concertation avec les organismes représentatifs de ces communautés culturelles et les établissements (article 349).

Valeurs

Le respect, l'équité, le partenariat, la reconnaissance et la performance sont les valeurs sur lesquelles s'appuie l'Agence pour accomplir sa mission et établir ses relations avec ses partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires et ses partenaires intersectoriels.

Ces valeurs partagées permettent de travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population. En privilégiant ces cinq valeurs, l'Agence exprime l'intention qu'elles soient respectées, dans ses rapports avec ses partenaires, avec d'autres organisations, ou encore avec le public en général, et qu'elles soient également respectées au regard des ressources humaines.

Il va de soi que les décisions que prendra le RSSS devront respecter l'ensemble des valeurs préconisées, sans privilégier l'une au détriment de l'autre. Les précisions qui suivent viennent enrichir l'énoncé de chaque valeur et donner, à titre indicatif, la perspective dans laquelle pourra s'incarner chacune d'elles.

:: RESPECT

Le respect consiste en un sentiment de considération, d'égard envers quelqu'un ou quelque chose, manifesté par une attitude déférente envers celui-ci et le souci de ne pas porter atteinte à cette personne ou à cette chose.

Cette première valeur choisie constitue l'assise des valeurs communes du RSSS, et exprime le respect des citoyens et des citoyennes, des groupes, des organisations et des informations transmises sous le couvert de la confidentialité.

Le respect se manifeste également dans les attitudes et dans les comportements à l'égard du personnel, des partenaires du réseau sociosanitaire, dont les organismes communautaires, des partenaires intersectoriels et de la population :

- À l'égard du personnel, des partenaires intersectoriels et de la population, le respect commande l'attention qu'on leur accorde, l'écoute de leurs besoins et de leurs attentes. Le respect de la dignité humaine et de la valeur de chaque personne doit toujours inspirer l'exercice de l'autorité et de la responsabilité.
- À l'égard des partenaires du réseau, dont les organismes communautaires, le respect fait appel à l'ouverture envers ces derniers qui encadrent et rendent possible l'exercice de la mission de l'Agence. Cette valeur implique une relation de confiance avec les partenaires de travail et envers le RSSS.

:: ÉQUITÉ

L'équité est un sentiment de justice naturelle et spontanée, fondée sur la reconnaissance des droits de chacun et de chacune, sans qu'elle soit nécessairement inspirée par les lois en vigueur. C'est également un principe qui conduit à corriger des inégalités que subissent des personnes ou des groupes moins favorisés.

La notion d'équité s'applique d'abord à la population, aux établissements et aux organismes communautaires. Elle s'applique également au personnel.

Cette valeur s'appuie sur les droits et libertés des personnes et signifie que notre organisation vise un équilibre dans l'accès aux ressources et à la gamme de services de santé et de services sociaux offerts sur l'ensemble du territoire. L'équité suppose que nos procédés ne créent ni préjudice ni désavantage manifeste, et que tous et toutes soient à l'abri d'une forme d'injustice quant aux résultats de nos actions.

L'équité implique une attention particulière aux populations moins favorisées. L'Agence tient compte des caractéristiques spécifiques des individus ou des groupes. Le principe d'équité doit s'appliquer dans la gestion, l'organisation et la dispensation des services auprès de la population du territoire.

:: PARTENARIAT

Le partenariat désigne un accord formel entre deux ou plusieurs parties qui ont convenu de travailler en coopération dans la poursuite d'objectifs communs.

L'Agence reconnaît l'apport essentiel de tous les acteurs du milieu de la santé et des services sociaux de la région de l'Estrie, par le partage de leurs ressources et par leur complémentarité à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

L'Agence croit en l'importance d'établir des rapports de collaboration avec les citoyens et les citoyennes, les partenaires, les syndicats et les autres organisations qui se sentent liés, ou qui partagent une responsabilité et des intérêts communs en lien avec le RSSS.

En choisissant cette valeur, l'Agence souligne l'importance de développer une coopération avec tous les partenaires du réseau, dont les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels, afin de favoriser une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de santé et les services sociaux de la population, et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

:: RECONNAISSANCE

La reconnaissance signifie que l'Agence est consciente que son personnel et ses partenaires sont les atouts les plus précieux de son organisation et la clé de son succès. À ce titre, l'Agence les reconnaît et les valorise, entre autres, par de la formation et du soutien à l'intégration.

La reconnaissance implique la considération des qualités, des compétences et des contributions individuelles et collectives qui génèrent des innovations permettant d'améliorer les soins et les services de santé et les services sociaux. Ces résultats méritent d'être soulignés et mis en valeur. Ceux et celles qui les ont développés doivent pouvoir constater l'appréciation de leur milieu.

De plus, tous les efforts pour faire mieux doivent être encouragés et appuyés.

L'Agence reconnaît l'importante contribution des ressources humaines pour l'actualisation de sa mission. La participation et l'engagement du personnel et des partenaires, dont les organismes communautaires, sont essentiels au développement d'une organisation de services intégrés, ainsi qu'à la prestation de services de qualité.

:: PERFORMANCE

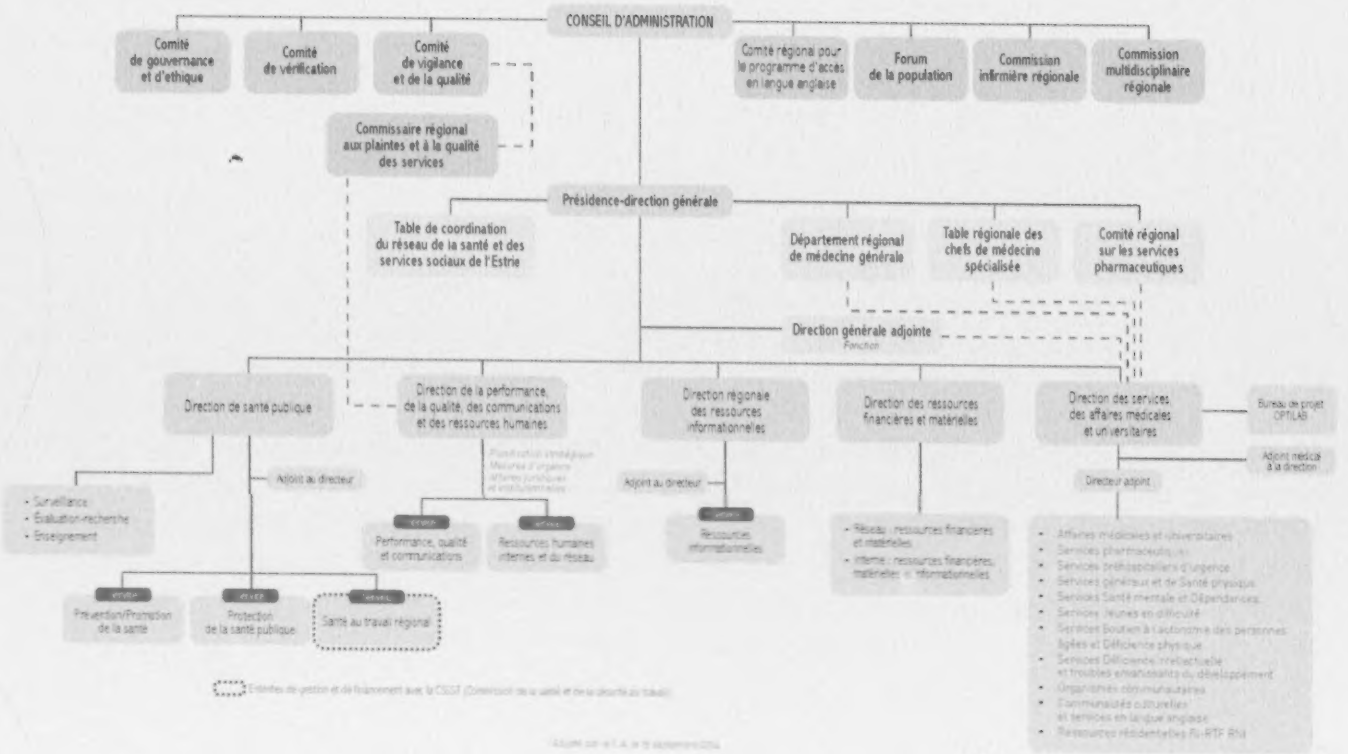
La performance vise l'utilisation optimale des ressources. En retenant la performance au nombre de ses valeurs, l'Agence compte faire tous les efforts nécessaires pour assumer ses responsabilités, ses fonctions et les mandats qui lui sont confiés, avec les ressources dont elle dispose et qu'elle gère avec efficacité et efficience.

L'Agence a le souci d'obtenir les meilleurs résultats en utilisant le mieux possible les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles à sa disposition.

L'utilisation optimale des ressources nécessite une approche d'imputabilité rigoureuse et une démarche d'intersectorialité, où la mise en commun des habilités, des connaissances, des perceptions, la recherche constante de solutions plus adéquates, ainsi que l'entraide et le soutien mutuel, contribuent à l'atteinte des meilleurs résultats possibles.

Cette valeur suggère enfin l'importance d'être attentif à saisir les opportunités de développement ou d'optimisation, tout en ayant un souci de premier ordre pour la qualité des services. En ce sens, l'Agence vise à satisfaire, dans le respect des normes, selon les meilleures pratiques et au moindre coût, les besoins et les attentes de la population qu'elle dessert.

1.1.2 ORGANIGRAMME



1.1.3 EFFECTIFS DE L'AGENCE

	AU 31 MARS 2014	AU 31 MARS 2015
CADRES		
- Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	14	13
- Temps partiel Nombre de personnes (équivalents temps complet (ETC))[1] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1	1
- Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	1
EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS RÉGULIERS		
- Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	133	133
- Temps partiel (statut 3) Nombre de personnes ETC[1] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	6	11
- Nombre d'employées et d'employés en sécurité d'emploi	0	0
EMPLOYÉES ET EMPLOYÉS OCCASIONNELS		
- Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	13 272,15	11 499
- ETC	7,29	6,3
MÉDECINS-CONSEILS		
- ETC[2]	14,6	13,5

Données provenant de l'entrepôt de données local Logibec

1 L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par le nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

2 L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1826 heures

1.1.4 CONSEIL D'ADMINISTRATION

:: RÉALISATIONS

Le conseil d'administration s'est engagé dans le suivi de la planification stratégique et du plan d'action annuel en ce qui a trait à l'accessibilité, la qualité et la performance des services pour les Estriennes et les Estriens. Le conseil d'administration a convenu de l'entente de gestion entre l'Agence et le ministère de la Santé et des Services sociaux pour laquelle nous apprécions les résultats dans ce rapport. De plus, le conseil d'administration a adopté notamment :

- la formation du Forum de la population découlant de l'entente cadre avec la Conférence régionale des élus;
- la politique interne de gestion contractuelle concernant la conclusion des contrats d'approvisionnement;
- l'entente avec le ministère de la Sécurité publique relative à la vérification des antécédents judiciaires;
- la priorisation régionale des projets d'immobilisation et l'attribution des enveloppes régionales décentralisées;
- la priorisation des projets de rénovations fonctionnelles;
- le plan triennal des projets en ressources informationnelles et technologiques.

:: MEMBRES

- M[e] **Denis Paré**, président du C. A.
- M[me] **Linda Beauchamp-Provencher**, vice-présidente du C. A.
- D[r] **Patrice Perron**, représentant de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS)
- D[r] **Patrice Laplante**, représentant du Département régional de médecine générale (DRMG)
- M[me] **Lyne Cardinal**, représentante de la Commission infirmière régionale de l'Estrie (CIRE)
- M[me] **Norah Humérez-Comtois**, comités des usagers des établissements
- M[me] **Louise Lévesque**, représentante des organismes communautaires
- D[r] **Dominique Dorion**, représentant des universités
- M[me] **Louise Gosselin**, personne indépendante
- M[me] **Victoria Meikle**, personne indépendante
- M[me] **Johanne Turgeon**, présidente-directrice générale de l'Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M[me] LINDA BEAUCHAMP-PROVENCHER, M[me] JOHANNE TURGEON, M[me] VICTORIA MEIKLE, D[r] DOMINIQUE DORION, M[me] LOUISE LÉVESQUE, M[e] DENIS PARÉ, M[me] NORAH HUMÉREZ-COMTOIS, D[r] PATRICE LAPLANTE, M[me] LYNE CARDINAL, D[r] PATRICE PERRON, M[me] LOUISE GOSSELIN

1.1.5 TABLE DE COORDINATION RÉGIONALE DE L'ESTRIE (TCRE)

:: RÉALISATIONS

Le travail des directrices générales, des directeurs généraux et du Comité de direction de l'Agence s'est inscrit autour de l'amélioration de l'offre de service aux Estriennes, aux Estriens et à leurs proches, de l'amélioration de la performance, de l'optimisation des ressources et de la transformation du réseau.

En regard de l'amélioration de l'offre de service, l'ensemble des comités directeurs des programmes services ont poursuivi leurs travaux de concertation. Les directrices générales et les directeurs généraux ont notamment adopté l'offre de service de soutien à domicile (court terme) et le programme cadre en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.

Les chantiers de la performance et de l'optimisation ont retenu l'attention des directeurs tout au long de l'année, spécifiquement les dossiers en lien avec les contrats d'entretien des équipements médicaux, de l'approvisionnement, de la présence au travail et du regroupement des archives des centres de réadaptation. Toujours dans une perspective de performance, la décision de mettre en place une direction régionale des ressources informationnelles et des technologies a nécessité un plan de travail majeur.

Finalement, rapidement les directrices générales et les directeurs généraux ont tenu des exercices de travail pour se préparer à la transformation du réseau, afin de faire des mises à niveau quant à l'analyse du contexte, de dégager une vision commune de la création du CIUSSS et des principes directeurs guidant nos actions. Ils ont été soutenus par des avis de la Table régionale des ressources humaines sur des orientations à mettre de l'avant pour agir de manière proactive. La Table de coordination des communications de l'Estrie (TCCE) a soutenu la TCRE avec un plan de communication tout au long de la période. Ces actions de concertation nous ont permis de faire les ajustements requis aux projets et plans de travail, mais aussi d'accueillir rapidement, dans ces exercices, les directeurs généraux du CSSS La Pommeraie et du CSSS de la Haute-Yamaska. Les valeurs d'équipe, de collaboration et de concertation sont demeurées notre marque et notre caractéristique comme région.

:: MEMBRES

- M^me^ **Johanne Turgeon**, présidente-directrice générale, Agence
- M^me^ **Louise Gosselin**, directrice générale par intérim, Centre de réadaptation Estrie (CRE)
- D^r^ **Stéphane Tremblay**, directeur général, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- M^me^ **Marie Caron**, directrice générale, Centre jeunesse de l'Estrie (CJE)
- **M. Donald Massicotte**, directeur général, CSSS de la MRC-de-Coaticook
- **M. Roch Rousseau**, directeur général par intérim, CSSS du Val-Saint-François
- M^me^ **Danielle Lareau**, directrice générale, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED)
- M^me^ **Lynda Périgny**, directrice des services, des affaires médicales et universitaires, Agence
- M^me^ **France Simoneau**, directrice des ressources financières et matérielles, Agence
- **M. Pierre Latulippe**, directeur général, CSSS du Granit
- **M. Mario Morand**, directeur général, CSSS du Haut-Saint-François et CSSS des Sources
- M^me^ **Micheline Savoie**, directrice régionale des ressources informationnelles, Agence
- **M. Murray McDonald**, directeur général, Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (CRDE)
- M^me^ **Nathalie Léonard**, directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines, Agence
- **M. Carol Fillion**, directeur général, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS)
- M^me^ **Sylvie Moreault**, directrice générale par intérim, CSSS de Memphrémagog
- D^re^ **Mélissa Généreux**, directrice de santé publique, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M^me^ FRANCE SIMONEAU, M. DONALD MASSICOTTE, M^me^ LYNDA PÉRIGNY, M. PIERRE LATULIPPE, M^me^ DANIELLE LAREAU, M. MURRAY MCDONALD, M. CAROL FILLION, M^me^ MICHELINE SAVOIE, M^me^ LOUISE GOSSELIN, M. ROCH ROUSSEAU, M^me^ JOHANNE TURGEON, D^r^ STÉPHANE TREMBLAY, M^me^ SYLVIE MOREAULT, D^re^ MÉLISSA GÉNÉREUX, M^me^ MARIE CARON, M^me^ NATHALIE LÉONARD ET M. MARIO MORAND.

1.1.6 COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

:: RÉALISATIONS

- Préparation de la politique sur l'évaluation du fonctionnement de la performance du conseil d'administration;
- Révision du Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs;
- Révision des règlements sur :
  - o les règles de fonctionnement du Comité de gouvernance;
  - o les règles de régie interne;
  - o les règles de fonctionnement du Comité de vigilance et de la qualité;
  - o les règles de fonctionnement du Comité d'audit.

:: MANDAT REÇU DU C. A.

- Assurer le suivi des recommandations du Vérificateur général du Québec en matière de gouvernance de l'Agence.

:: MEMBRES

- M[e] **Denis Paré**, président du C. A.
- M[me] **Linda Beauchamp-Provencher**, vice-présidente du C. A.
- M[me] **Johanne Turgeon**, PDG de l'Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M[me] JOHANNE TURGEON, M[me] LINDA BEAUCHAMP-PROVENCHER ET M[e] DENIS PARÉ

1.1.7 COMITÉ D'AUDIT

:: MANDAT

Le Comité d'audit conseille le C. A. sur le choix d'un vérificateur pour nomination, il examine l'étendue du travail de vérification du vérificateur et s'il y a lieu, des responsables de la vérification interne. Il prend aussi connaissance des résultats des vérifications externes et internes et s'assure que des suites sont données aux recommandations. Il fait des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers et le rapport du vérificateur et s'il y a lieu, concernant les conventions comptables et tout autre rapport de vérification. Il est à la disposition du vérificateur et des responsables de la vérification interne et leur vient en aide dans le cours de leur mandat. Le comité formule des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et s'il y a lieu sur le travail de vérification externe et interne.

Il s'assure de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi, de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissements, il doit réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'établissement portée à sa connaissance, il doit examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration et lui recommander l'approbation des états financiers.

Il s'assure que les états financiers de l'organisation reflètent fidèlement la situation financière, l'évolution de celle-ci ainsi que les résultats des opérations, il réalise tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'organisation que peut lui confier le conseil d'administration, il détermine ses propres règles de convocation et de fonctionnement.

:: RÉALISATIONS

- Adoption du budget détaillé 2014-2015 (AS-446) de l'Agence (par le C. A.).
- Examen du suivi budgétaire de l'Agence (AS-444) pour les périodes sept et onze de l'année financière 2014-2015.
- Rapport financier annuel consolidé - Fonds de santé au travail pour l'exercice financier terminé le 11 janvier 2014.
- Rapport financier audité 2013-2014 (AS-475) de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2014.
- Démarches budgétaires 2014-2015 des établissements et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- Politique interne de gestion contractuelle concernant la conclusion des contrats :
    - Mise à jour
    - Liste des contrats attribués 2013-2014
- Prise de connaissance de la liste des contrats d'approvisionnement, de services et de travaux de construction liant l'Agence pour l'année 2014-2015.

:: MEMBRES

- M^me^ **Louise Lévesque**, représentante des organismes communautaires
- M^me^ **Louise Gosselin**, personne indépendante
- **M. Bernard Lacroix**, personne indépendante
- M^me^ **France Simoneau**, directrice des ressources financières et matérielles, Agence
- M^me^ **Isabelle St-Laurent**, conseillère aux établissements, Direction des ressources financières et matérielles, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M^me^ LOUISE LÉVESQUE, M^me^ LOUISE GOSSELIN, ET M^me^ FRANCE SIMONEAU
PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : M^me^ ISABELLE ST-LAURENT ET M. BERNARD LACROIX

1.1.8 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

:: MANDAT

Le Comité de vigilance et de la qualité (CVQ) est responsable d'assurer le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ou celles que le Protecteur du citoyen a adressées à l'Agence. De plus, le CVQ veille à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers.

:: RÉALISATIONS

- Vérification des rapports statistiques périodiques et du rapport statistique annuel sur l'état des dossiers traités par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.
- Vérification des rapports sur les dossiers conclus et fermés incluant des mesures correctives recommandées par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.
- Analyse de pistes d'amélioration dans le rôle du commissaire régional et celui du CVQ.
- Analyse de données des régions du Québec sur les résultats de l'application du régime d'examen des plaintes.
- Échange sur une plainte déposée par l'Agence auprès du Collège des médecins du Québec.

:: MEMBRES

- **M^me^ Louise Lévesque**, présidente du comité, représentante des organismes communautaires
- **M^me^ Norah Humérez-Comtois**, représentante des comités des usagers des établissements
- **M^me^ Victoria Meikle**, personne indépendante
- **M^me^ Nathalie Léonard**, directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines, Agence
- **M. Denis Beaulieu**, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M^me^ VICTORIA MEIKLE, M^me^ LOUISE LÉVESQUE, M^me^ NATHALIE LÉONARD, M^me^ NORAH HUMÉREZ-COMTOIS ET M. DENIS BEAULIEU

1.1.9 COMITÉ RÉGIONAL POUR LE PROGRAMME D'ACCÈS EN LANGUE ANGLAISE

:: MANDAT

Le Comité régional pour le programme d'accès en langue anglaise a pour mandat :

- d'évaluer le programme d'accès aux services de santé et services sociaux en langue anglaise à tous les trois ans, faire des recommandations s'y rattachant et présenter des avis sur son implantation à la PDG de l'Agence;
- d'évaluer et d'agir à titre consultatif dans la mise en place des ententes et protocoles de services suprarégionaux offerts en anglais ainsi que sur tout autre mandat que peut lui confier la PDG.

:: RÉALISATIONS

- Sensibilisation des établissements et des organismes communautaires à la réalité de la population d'expression anglaise.
- Suivi périodique du Plan d'action régional (PAR) en matière d'accès aux services en langue anglaise.
- Élaboration et soutien financier à huit projets territoriaux à la hauteur globale de 100 000 $ annuellement afin de répondre aux besoins de la population locale pour la période 2014-2018.
- Évaluation et révision du Programme régional d'accès aux services de santé et services sociaux pour la période 2015-2018.
- Affectation d'un fonds de 30 000 $ dédié à la traduction de documents à l'attention des usagers et des usagères d'expression anglaise.
- Mise à jour du babillard régional, comprenant une banque comptant plus de 500 documents traduits en anglais disponibles pour l'ensemble des établissements.

:: MEMBRES

- **M. Donald Warnholtz**, président du comité, chef de service, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement (CRDITED) de l'Estrie (établissement du réseau de la santé et des services sociaux)
- **M. George Zevgolis**, vice-président du comité, usager des services de santé et services sociaux d'expression anglaise (population)
- **M^me^ Sylvie Gilbert-Fowlis**, directrice, Aide communautaire de Lennoxville et des environs (organisme communautaire)
- **M^me^ Shannon Keenan**, coordonnatrice, Association des Townshippers (organisme communautaire)
- **M^me^ Monique Giroux**, responsable des communications, CSSS de Memphrémagog (établissement du réseau de la santé et des services sociaux)
- **M^me^ Caroline Van Rossum**, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, CSSS-IUGS (établissement du réseau de la santé et des services sociaux)
- **M. Jean-Guillaume Marquis**, agent de planification, de programmation et de recherche, CHUS (établissement du réseau de la santé et des services sociaux)
- **M^me^ Brendalee Piironen**, directrice générale, Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Wales inc.
- **M^me^ Carolyn Leonard**, directrice des services résidentiels, CRDITED de l'Estrie (établissement du réseau de la santé et des services sociaux)
- **M. Charles Lamontagne**, secrétaire du comité et responsable du dossier sur l'accès aux services en langue anglaise, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M. CHARLES LAMONTAGNE, M^me^ SHANNON KEENAN, M^me^ BRENDALEE PIIRONEN, M. GEORGE ZEVGOLIS, M^me^ MONIQUE GIROUX ET M. JEAN-GUILLAUME MARQUIS.
PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : M. DONALD WARNHOLTZ, M^me^ SYLVIE GILBERT-FOWLIS, M^me^ CAROLINE VAN ROSSUM ET M^me^ CAROLYN LEONARD.

1.1.10 FORUM DE LA POPULATION

:: MANDAT

Le Forum de la population est une instance consultative du C. A. de l'Agence.

Le Forum a pour mandat de donner un point de vue citoyen sur :

- diverses questions relatives à l'organisation des services et à la satisfaction des utilisateurs et des utilisatrices des services de santé et des services sociaux;
- des demandes soumises par le C. A., incluant un avis sur le Plan stratégique pluriannuel et le Plan régional de santé publique.

Il a également pour mandat, le cas échéant, de formuler des recommandations sur des moyens qui pourraient être mis en place pour améliorer la satisfaction de la population ou mieux répondre aux besoins d'organisation des services.

:: RÉALISATIONS

- Nomination des membres du Forum de la population – 2014-2018.
- Révision du Règlement sur les règles de fonctionnement du Forum de la population de la région de l'Estrie.
- Démarche de consultation des membres pour le Plan d'action 2014-2016.
- Participation active des membres du Forum à certains comités de l'Agence :
    - Comité de reconnaissance des organismes communautaires
    - Comité régional pour la promotion des droits des usagers
    - Comité sur la planification stratégique régionale
    - Comité sur les critères de désignation Planetree
    - Sous-comité sur la promotion de la qualité en continu

:: MEMBRES

- **M. Pierre Boisvert**, président, ville de Sherbrooke
- **M^me^ Jaime Borja**, ville de Sherbrooke
- **M. Jean-Pierre Charest**, MRC du Val-Saint-François
- **M. André Couture**, MRC de Coaticook
- **M^me^ Sylvie Hinse**, vice-présidente, MRC du Val-Saint-François
- **M^me^ Norah Humérez-Comtois**, C. A., ville de Sherbrooke
- **M. Mario St-Pierre**, MRC de Coaticook
- **M. Jean Verlez**, ville de Sherbrooke
- **M. Robert Ledoux**, MRC du Val-Saint-François
- **M. Matamba H. Henry Mbatika**, ville de Sherbrooke
- **M^me^ Maryanne McConmey**, MRC de Coaticook
- **M. Claude Moreau**, ville de Sherbrooke
- **M^me^ Johanne Pruneau**, ville de Sherbrooke
- **M^me^ Lise Rivard**, MRC du Granit
- Un poste vacant

MEMBRES OBSERVATEURS

- **M^me^ France Massicotte-Dagenais**, personne-ressource, Agence
- **M^me^ Nathalie Léonard**, représentante de la PDG

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M^ME^ LISE RIVARD, M^ME^ NATHALIE LÉONARD, M. MATAMBA H. HENRY MBATIKA, M^ME^ NORAH HUMÉREZ-COMTOIS, M^ME^ MARYANNE MCCONMEY, M. CLAUDE MOREAU, M. JAIME BORJA, M. MARIO ST-PIERRE, M^ME^ FRANCE MASSICOTTE-DAGENAIS, M^ME^ SYLVIE HINSE, M. JEAN-PIERRE CHAREST ET M. PIERRE BOISVERT.
PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : M. ANDRÉ COUTURE, M. ROBERT LEDOUX, M^ME^ JOHANNE PRUNEAU ET M. JEAN VERLEZ.

1.1.11 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

:: MANDAT

La Commission infirmière régionale de l'Estrie (CIRE) est responsable envers le C. A. de l'Agence :

- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région et qui impliquent les soins infirmiers;
- de donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- d'exécuter tout autre mandat que lui confie le C. A. et de lui faire rapport périodiquement.

:: RÉALISATIONS

Deux assemblées se sont tenues au cours desquelles la CIRE a été informée :

- des travaux en cours en organisation médicale de première et de deuxième lignes;
- de l'évolution du déploiement du Dossier clinique informatisé - Continuum Ariane Estrie (DCI-CAE);
- des modalités de mise en place des tests immunochimiques par le centre désigné (CHUS);
- des travaux à venir du projet de l'école des sciences infirmières : baccalauréat initial en sciences infirmières;
- du document Révision des orientations régionales relatives aux services de santé courants et des soins à domicile à court terme, créé dans le but de réviser les ententes de services en soins infirmiers courants et de faire un état de situation quant à la disparité des services en Estrie;
- des priorités de travail 2014-2015 des comités directeurs des programmes-services.

:: MEMBRES

M^me^ Tania Abou Chacra, membre observatrice, CSSS du Haut-Saint-François

M^me^ Esther Breton, membre des comités exécutifs du conseil des infirmiers et des infirmières (CECII), CSSS-IUGS

M^me^ Lyne Cardinal, vice-présidente et gestionnaire des soins infirmiers, CSSS du Val-Saint-François

M. Guillaume Carette, membre du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA), CHUS

M^me^ Josée Bernier, infirmière désignée par la PDG, Agence

M^me^ Manon Goudreau, membre des CECII, CSSS des Sources

M^me^ Marie-Ève Jacques, infirmière praticienne, CSSS des Sources

M. Stéphan Lavoie, président et représentant du programme universitaire de sciences infirmières, Université de Sherbrooke

M^me^ Francine Lawrence, représentante des cégeps, Cégep de Sherbrooke

M^me^ Isabelle Roy, membre du CIIA, CSSS-IUGS

M^me^ Nathalie Schoos, gestionnaire des soins infirmiers, CSSS-IUGS

M^me^ Chantale Tardif, membre observateur, CSSS-IUGS

Au 31 mars 2015, deux postes de membres observateurs et deux postes de membres des CECII sont vacants.

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M^me^ MARIE-ÈVE JACQUES, M^me^ MANON GOUDREAU, M^me^ ESTHER BRETON, M. STÉPHAN LAVOIE, M^me^ JOSÉE BERNIER, M^me^ ISABELLE ROY ET M^me^ FRANCINE LAWRENCE.
PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : M^me^ TANIA ABOU CHACRA, M^me^ LYNE CARDINAL, M. GUILLAUME CARETTE, M^me^ NATHALIE SCHOOS ET M^me^ CHANTALE TARDIF.

1.1.12 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE L'ESTRIE

:: MANDAT

La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie (CMURE) est responsable envers le C. A. de l'Agence :

- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'œuvre;
- de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- de donner son avis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- d'exécuter tout autre mandat que lui confie le C. A. de l'Agence et de lui faire rapport périodiquement.

:: RÉALISATIONS

Deux assemblées se sont tenues au cours desquelles la CMURE a été informée :

- des travaux en cours en organisation médicale de première et de deuxième lignes;
- de l'évolution du déploiement du DCI-CAE;
- des modalités de mise en place des tests immuno-chimiques par le centre désigné (CHUS);
- des priorités de travail 2014-2015 des comités directeurs des programmes-services.

:: MEMBRES

- M^me^ **Josée Bernier**, infirmière désignée par la PDG, Agence
- M^me^ **Saunia Caron**, professionnelle du domaine social, CSSS-IUGS
- M^me^ **Estelle Chamoux**, représentante des facultés et des écoles d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé, Université Bishop's
- M^me^ **Isabelle Champigny**, professionnelle du domaine social, CSSS du Val-Saint-François
- M^me^ **Sandrine Charron**, professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, CSSS du Haut-Saint-François
- M^me^ **Nicole Chiasson**, représentante des facultés et des écoles d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé, Université de Sherbrooke
- M^me^ **Sophie Coté**, membre observatrice, CRDITED de l'Estrie
- M^me^ **Sylvie Doiron**, gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, CRE
- M^me^ **Christina Grenier**, professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, CRE
- M^me^ **Annie Provencher**, représentante des cégeps de la région, Cégep de Sherbrooke

Au 31 mars 2015, trois postes de représentants du domaine technique et deux postes de membres observateurs sont vacants.

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M^me^ SYLVIE DOIRON, M^me^ CHRISTINA GRENIER, M^me^ ANNIE PROVENCHER, M^me^ JOSÉE BERNIER, M^me^ SOPHIE CÔTÉ ET M^me^ SAUNIA CARON.
PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : M^me^ SANDRINE CHARRON, M^me^ ESTELLE CHAMOUX, M^me^ ISABELLE CHAMPIGNY ET M^me^ NICOLE CHIASSON.

1.1.13 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

:: MANDAT

Le Département régional de médecine générale (DRMG) a pour mandat de :

- faire des recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux (PREM);
- faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP);
- faire des recommandations sur la nature des services découlant des programmes prioritaires (soutien à l'autonomie des personnes âgées, services généraux, santé mentale, cancer, jeunes en difficulté);
- définir et proposer le Plan régional d'organisation des services (PROS)/réseau local de services (RLS) :
    - ⇨ préciser les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un CSSS, d'une clinique externe ou d'un centre hospitalier;
    - ⇨ préciser la nature des services existants et attendus en termes de réseau d'accessibilité médicale (RAM) et de prise en charge de la clientèle vulnérable;
- définir et proposer le RAM (plus le réseau de garde, conclure les ententes de service, jumelage, la coordination pour garde en disponibilité (soins de longue durée, maintien à domicile, hébergement);
- évaluer l'atteinte des objectifs au PROS;
- donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux;
- réaliser toute autre tâche confiée par la PDG.

:: RÉALISATIONS

Au cours de l'année, le DRMG a tenu quatre assemblées ordinaires, au cours desquelles il a traité des dossiers suivants :

- PREM et le recrutement des treize postes autorisés au PREM 2015.
- AMP, la gestion des règles et leurs mises à jour.
- Analyse des dossiers de renouvellement ou d'accréditation des groupes de médecine de famille (GMF).
- Organisation des services médicaux de première ligne, en lien avec les tables médicales territoriales ainsi que les services médicaux de deuxième ligne.

:: MEMBRES

MEMBRES ÉLUS

- D[re] **Stéphanie Blais-Boilard**, catégorie « MRC hors Sherbrooke », CSSS du Haut-Saint-François
- D[re] **Suzanne Turcotte**, catégorie « CLSC », CSSS-IUGS
- D[re] **Raymonde Vaillancourt**, catégorie « Cabinets médicaux », ville de Sherbrooke

MEMBRE D'OFFICE

- M[me] **Lynda Périgny**, directrice des services, des affaires médicales et universitaires (DSAMU), désignée par la PDG, Agence

MEMBRE OBSERVATEUR

- **M. Jonathan Keays**, DSAMU, Agence

MEMBRES NOMMÉS

- D[r] **Gérard Chaput**, CSSS du Granit
- D[re] **Mélissa Généreux**, directrice de santé publique de l'Estrie
- D[re] **Marie Giroux**, Faculté de médecine et des sciences de la santé
- D[re] **Sonia Landry**, CSSS de la MRC-de-Coaticook
- D[r] **Patrice Laplante**, CHUS
- D[r] **Yves Mathieu Léger**, CSSS des Sources
- D[re] **Joanie Rinfret**, CSSS-IUGS
- D[re] **Natacha Vincent**, CSSS du Val-Saint-François
- D[r] **Mario Wilhelmy**, CSSS de Memphrémagog

DE GAUCHE À DROITE : M. JONATHAN KEAYS, D[re] STÉPHANIE BLAIS-BOILARD, D[re] RAYMONDE VAILLANCOURT, D[re] NATACHA VINCENT, D[re] SUZANNE TURCOTTE, D[re] MÉLISSA GÉNÉREUX ET D[re] YVES MATHIEU LÉGER
PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : M[me] LYNDA PÉRIGNY, D[re] SONIA LANDRY, D[r] MARIO WILHELMY, D[re] MARIE GIROUX, D[r] PATRICE LAPLANTE, D[r] GÉRARD CHAPUT ET D[re] JOANIE RINFRET

1.1.14 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

:: MANDAT

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) a pour mandat de :

- définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;
- définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés;
- donner son avis sur tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés et sur le renouvellement, le déploiement et le développement des équipements médicaux spécialisés et de la télémédecine;
- donner son avis sur certains projets relatifs à l'utilisation de médicaments;
- donner son avis sur l'instauration des corridors de services proposée par le réseau universitaire intégré de santé.

:: RÉALISATIONS

Cette année, quatre rencontres se sont tenues. Son principal objectif étant d'améliorer l'accès à la médecine spécialisée, la TRCDMS a traité des sujets suivants :

- Retards de lecture et délais d'attente des examens réalisés en radiologie diagnostique.
- L'accès en médecine spécialisée, notamment en gastro-entérologie et en orthopédie.
- Postes vacants au Plan des effectifs médicaux en médecine spécialisée.

:: MEMBRES

MEMBRES VOTANTS

- Dr Hervé Walti, pédiatrie, CHUS
- Dr Gaétan Langlois, chirurgie, CHUS
- Dr Jean-François Trudel, psychiatrie, CSSS-IUGS
- Dre Paule Hottin, psychogériatrie, CSSS-IUGS
- Dr Frédéric Mior, anesthésiologie, CHUS
- Dr Guy Waddell, obstétrique-gynécologie, CHUS
- Dre Caroline Giguère, radiologie, CHUS
- Dr Adrian Pusca, médecine interne, CSSS du Granit
- Dr Jean Dubé, biochimie, CHUS
- Dr John Robb, médecine interne, CSSS de Memphrémagog
- Dr Dominique Dorion, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- Dr Patrice Perron, représentant de la TRCDMS au C. A. de l'Agence

MEMBRES OBSERVATEURS

- Dre Émilie Beaulieu, résidente en médecine, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- Dr Pierre Chevrier, chef médical du programme-clientèle Biologie médicale, CHUS
- Dr Patrice Laplante, représentant du DRMG
- Dr Michel Baron, médecin spécialiste, DSAMU, Agence
- Mme Lynda Périgny, directrice, DSAMU, Agence
- Mme Suzanne Brochu, agente de planification, de programmation et de recherche, DSAMU, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : Dr JOHN ROBB, Dr HERVÉ WALTI, Dre ÉMILIE BEAULIEU, Mme SUZANNE BROCHU, Dr JEAN DUBÉ, Dre CAROLINE GIGUÈRE, Dr MICHEL BARON, Dre PAULE HOTTIN, Dr PATRICE PERRON, Mme LYNDA PÉRIGNY, Dr JEAN-FRANÇOIS TRUDEL ET Dr GAÉTAN LANGLOIS.
PERSONNES ABSENTES DE LA PHOTO : Dr GUY WADDELL, Dr PATRICE LAPLANTE, Dr ADRIAN PUSCA, Dr DOMINIQUE DORION, Dr FRÉDÉRIC MIOR ET Dr PIERRE CHEVRIER.

1.1.15 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

:: MANDAT

Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) exerce, sous l'autorité de la PDG, les responsabilités suivantes :

- faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- donner son avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques ainsi que sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
- donner son avis sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- exécuter tout autre mandat que lui confie la PDG.

:: RÉALISATIONS

Au cours de l'année, le CRSP s'est réuni à quatre reprises et a réalisé principalement les travaux suivants :

- Élaboration et diffusion de nouvelles ordonnances collectives auprès des pharmaciennes et pharmaciens communautaires de l'Estrie.
- Soutien et implication dans la gestion des ruptures d'approvisionnement de certains produits pharmaceutiques.
- Suivi du projet clinique concernant la clientèle sous anticoagulothérapie.

:: MEMBRES

- M. Jean-Luc Trottier, président du comité et représentant des pharmaciennes et pharmaciens propriétaires
- M[me] Sylvie Lussier, représentante des pharmaciennes et pharmaciens propriétaires
- M[me] Josiane Bibeau, représentante des pharmaciennes et pharmaciens en établissement
- M. Éric Gamache, représentant des pharmaciennes et pharmaciens communautaires
- M[me] Jacinthe Lamoureux, représentante des pharmaciennes et pharmaciens communautaires
- M. Patrice Lamarre, représentant des chefs de département de pharmacie en établissement
- M[me] Lynda Périgny, directrice des services, des affaires médicales et universitaires, Agence
- M. Jonathan Keays, agent de planification, de programmation et de recherche, DSAMU, Agence

DE GAUCHE À DROITE SUR LA PHOTO : M[me] JACINTHE LAMOUREUX, M[me] SYLVIE LUSSIER, M. JEAN-LUC TROTTIER, M. ÉRIC GAMACHE, M. PATRICE LAMARRE, M[me] LYNDA PÉRIGNY, M. JONATHAN KEAYS ET M[me] JOSIANE BIBEAU

1.2 RÉSEAU ESTRIEN DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

1.2.1 TERRITOIRE COUVERT ET POPULATION

En 2014, l'Estrie comptait un peu plus de 320 000 habitantes et habitants répartis dans six MRC et un territoire équivalent (ville de Sherbrooke). La population estrienne est en croissance, quoique légèrement inférieure à la population québécoise, et celle-ci varie d'un territoire estrien à l'autre. En effet, de 2011 à 2014, trois territoires ont vu leur population légèrement diminuer alors qu'elle a augmenté dans quatre territoires : Sherbrooke, Memphrémagog, Val-Saint-François et Granit.

	POPULATION 2014		
MRC OU TERRITOIRE	HOMME	FEMME	TOTAL
MRC du Granit	11 385	10 896	22 281
MRC des Sources	7 470	7 214	14 684
MRC du Haut-Saint-François	11 537	10 744	22 281
MRC du Val-Saint-François	15 511	14 693	30 204
Ville de Sherbrooke	79 358	82 503	161 861
MRC de Coaticook	9 608	9 283	18 891
MRC de Memphrémagog	25 065	25 057	50 122
Estrie	**159 934**	**160 390**	**320 324**
Ensemble du Québec	**4 086 789**	**4 137 050**	**8 223 839**

Source : MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information. Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents, basées sur le recensement de 2011. Ces données de population tiennent compte également de différents événements démographiques survenus sur le territoire estrien, version octobre 2014 (découpage en vigueur le 1er janvier 2014).

Référence : Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique. Outil de données de population de l'Estrie, mise à jour en janvier 2015, consulté le 2015/03/15, disponible à l'adresse : www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/surveillance_sante_evaluation/portrait_region.php

La santé et la maladie évoluent selon des facteurs de protection et de risque tout au long de la vie d'un individu. Ces facteurs peuvent être liés à la personne (biologie, habitudes de vie, résilience) ou à l'environnement (social, économique, physique). Voici donc quelques chiffres sur l'état de santé de la population estrienne et les déterminants de la santé à différents stades de la vie.

Depuis 2006, on dénombre un peu plus de 3 000 naissances en Estrie chaque année. Parmi ces nouvelles mères, une sur cinq fume et deux sur cinq consomment de l'alcool durant la grossesse. De plus, environ 10 % des mères n'ont pas terminé leurs études secondaires. En ce qui concerne la santé des enfants, notons que seulement les trois quarts des enfants de 2 ans ont un statut vaccinal complet. La carie dentaire est la maladie chronique la plus prévalente chez les enfants et près de 30 % des enfants estriens en sont affectés à la maternelle.

L'adolescence est une période charnière pour l'adoption de comportements de santé sains et sécuritaires. Une récente enquête auprès des élèves du secondaire indique que les deux tiers des jeunes ne sont pas suffisamment actifs et ne consomment pas assez de fruits et de légumes au quotidien. Par ailleurs, environ 10 % des élèves fument la cigarette et près d'un sur deux a connu un épisode de consommation excessive d'alcool au cours des douze derniers mois. Environ 40 % des jeunes du secondaire sont sexuellement actifs et 65 % d'entre eux ont utilisé un condom lors de leur dernière relation sexuelle. En Estrie, les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) sont en hausse et la situation est particulièrement problématique chez les 15 à 24 ans.

Finalement, mentionnons qu'il y a entre 200 et 300 grossesses chez les filles de 14 à 19 ans par année en Estrie et qu'environ une centaine d'entre elles mèneront leur grossesse à terme.

Chez les adultes de 18 à 64 ans, quelques phénomènes attirent notre attention. Soixante-douze pour cent (72 %) des adultes présentent au moins un facteur de risque (tabagisme : 17 %, sédentarité : 30 %, consommation insuffisante de fruits et légumes : 56 %) et 40 % des adultes ont au moins une maladie chronique. Notons que 7 % souffrent de diabète et 17 % d'hypertension. Une hausse du nombre de cas de cancer du poumon, de la trachée et des bronches chez les femmes est observée. En ce qui a trait à la santé psychologique, 14 % des adultes de 18 à 64 ans souffrent d'un trouble mental. Finalement, certaines données portant sur des facteurs psychosociaux en milieu de travail sont d'intérêt. À titre d'exemple, plus du tiers des travailleurs ont des exigences psychologiques élevées au travail et près de la moitié ont un faible soutien social au travail.

Les personnes aînées (65 ans ou plus) composent 19,3 % de la population estrienne. Parmi celles-ci, le tiers vit seul dans un ménage privé et près de 40 % ont une incapacité. Chaque année, 800 personnes aînées de l'Estrie sont hospitalisées en raison d'une chute et environ 35 en décéderont. Cette problématique touche majoritairement les femmes. En Estrie, comme au Québec, le cancer est la cause la plus fréquente de décès suivie des maladies cardiaques, et ce, autant chez les hommes que chez les femmes.

Pour les problématiques mentionnées, plusieurs interventions reconnues efficaces existent. Ces interventions visent soit l'individu ou la création d'environnements favorables à la santé. L'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux a un rôle primordial à jouer en promotion, en prévention et en protection de la santé.

1.2.2 ÉTABLISSEMENTS

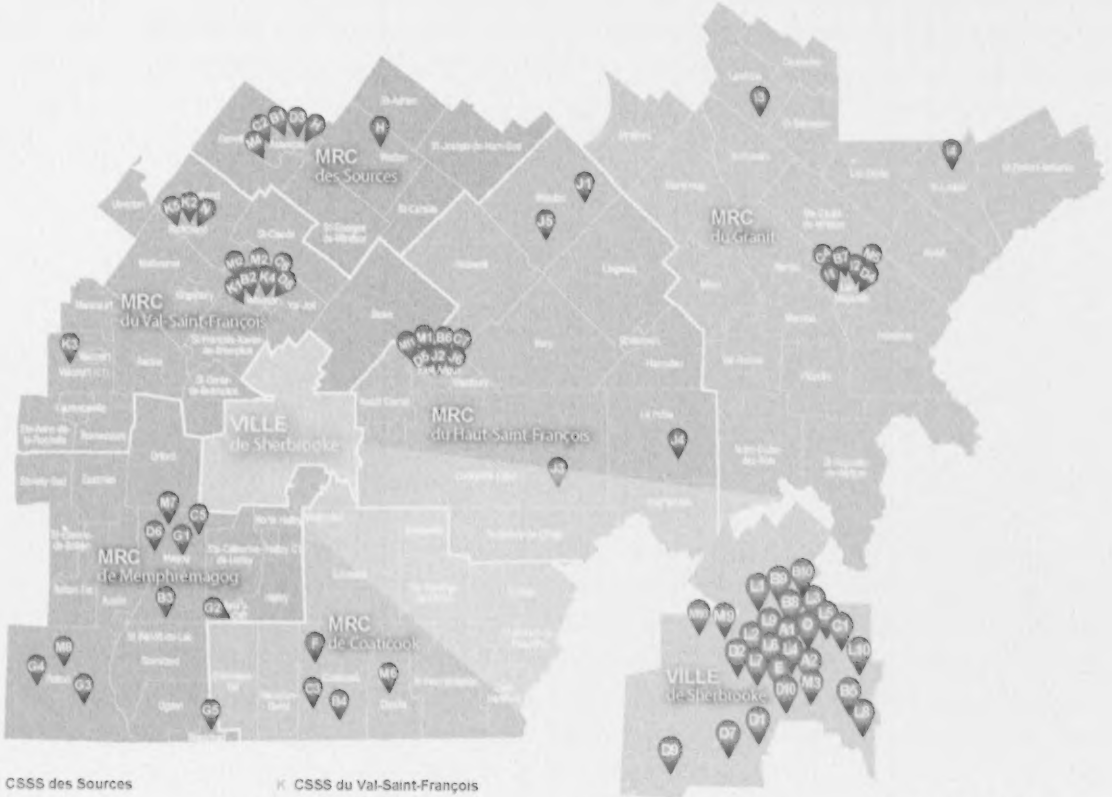
Au 31 mars 2015, la population estrienne était desservie par quinze établissements, dont douze établissements publics, répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

CHU	**1**
CHUS[1]	
CSSS	**7**
CSSS de la MRC-de-Coaticook	
CSSS du Granit	
CSSS du Haut-Saint-François	
CSSS-IUGS[2]	
CSSS de Memphrémagog	
CSSS des Sources	
CSSS du Val-Saint-François	
CR	**4**
CJE (protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour les jeunes et les mères en difficulté d'adaptation)	
CRDITED de l'Estrie (déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED))	
CRE[3] (déficience physique (DP))	
CRDE (toxicomanie, alcoolisme, jeu pathologique)	
CHSLD PRIVÉS	**3**
Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche (installation du Groupe Champlain) (centre d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes ayant des problèmes de santé mentale)	
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Wales (centre d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie)	
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont (installation de Vigi Santé) (centre d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie)	
TOTAL	**15**

1 Le CHUS a un mandat suprarégional en cardiologie, en neurochirurgie, en oncologie médicale, en oncologie chirurgicale et en néonatologie.

2 Le CSSS-IUGS a un mandat suprarégional pour les services spécialisés en gériatrie : l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), la géronto-psychiatrie et les cliniques ambulatoires gériatriques.

3 Centres affiliés universitaires.



A **CHUS**
1 HÔPITAL FLEURIMONT
2 HÔTEL-DIEU DE SHERBROOKE

B **Centre de réadaptation Estrie inc.**
1 ATELIER L'ETINCELLE
2 ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS
3 SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE MEMPHRÉMAGOG
4 SERVICES EXTERNES ET D'AIDES TECHNIQUES DE COATICOOK
5 CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE
6 SERVICES EXTERNES D'EAST ANGUS
7 ATELIER LE SEPT DE TRÈFLE
8 CENTRE LE TOURET
9 RESSOURCE L'ENVOLÉE
10 SERVICE D'AIDES TECHNIQUES BELVÉDÈRE

C **Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie**
1 LE CENTRE JEAN-PATRICE-CHIASSON
2 POINT DE SERVICE D'ASBESTOS
3 POINT DE SERVICE DE COATICOOK
4 POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC
5 POINT DE SERVICE DE MAGOG
6 POINT DE SERVICE DE WINDSOR
7 POINT DE SERVICE D'EAST ANGUS

D **Centre jeunesse de l'Estrie**
1 CENTRE DE CRISE L'ACCALMIE
2 FOYER DE GROUPE KELLY
3 POINT DE SERVICE ASBESTOS
4 POINT DE SERVICE GRANIT
5 POINT DE SERVICE HAUT-SAINT-FRANÇOIS
6 POINT DE SERVICE MEMPHRÉMAGOG-COATICOOK
7 POINT DE SERVICE SHERBROOKE
8 POINT DE SERVICE VAL-SAINT-FRANÇOIS
9 POINT DE SERVICE VAL-DU-LAC
10 VILLA MARIE-CLAIRE

E **Vigi Santé**
1 CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE VIGI SHERMONT

F **CSSS de la MRC-de-Coaticook**

G **CSSS de Memphrémagog**
1 CSSS DE MEMPHRÉMAGOG
2 CENTRE DE JOUR D'AYER'S CLIFF
3 CENTRE DE JOUR DE POTTON
4 POINT DE SERVICE DE POTTON
5 POINT DE SERVICE DE STANSTEAD

H **CSSS des Sources**

I **CSSS du Granit**
1 CSSS DU GRANIT
2 POINT DE SERVICE DE LAC-MÉGANTIC
3 POINT DE SERVICE DE LAMBTON
4 POINT DE SERVICE DE SAINT-LUDGER

J **CSSS du Haut-Saint-François**
1 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WEEDON
2 CENTRE D'HÉBERGEMENT D'EAST ANGUS
3 CLSC DE COOKSHIRE
4 CLSC DE LA PATRIE
5 CLSC DE WEEDON
6 CLSC D'EAST ANGUS

K **CSSS du Val-Saint-François**
1 CENTRE DE JOUR LE BEL ÂGE
2 CENTRE D'HÉBERGEMENT DE RICHMOND
3 CLSC - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE VALCOURT
4 CLSC - CENTRE D'HÉBERGEMENT DE WINDSOR
5 CLSC DE RICHMOND

L **CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke**
1 CENTRE DE MATERNITÉ DE L'ESTRIE
2 CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-JOSEPH
3 CENTRE D'HÉBERGEMENT SAINT-VINCENT
4 CLSC CAMIRAND
5 CLSC KING EST
6 CLSC KING OUEST
7 CLSC MURRAY
8 CLSC SPEID
9 HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT ARGYLL
10 HÔPITAL ET CENTRE D'HÉBERGEMENT D'YOUVILLE

M **CRDITED de l'Estrie**
1 ATELIER DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS
2 ATELIER DU VAL-SAINT-FRANÇOIS
3 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR SHERBROOKE - PROSPECT
4 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR D'ASBESTOS
5 ATELIER ET CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU GRANIT
6 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE DIXVILLE
7 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MAGOG
8 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE MANSONVILLE
9 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - FAIRMOUNT
10 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DE SHERBROOKE - QUEEN
11 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS
12 CENTRE D'ACTIVITÉS DE JOUR DU VAL-SAINT-FRANÇOIS

N **Centre d'hébergement et de soins de longue durée Wales inc.**

O **Groupe Champlain**
1 CENTRE D'HÉBERGEMENT CHAMPLAIN-DE-LA-ROSE-BLANCHE

Note : Les points de repère sont positionnés à titre indicatif

1.2.3 AFFAIRES CORPORATIVES

Au cours de l'année 2014-2015, aucun établissement n'a effectué de modification à son permis.

Au 31 mars 2015, une seule demande de modification était à l'étude par le MSSS concernant des modifications simples au permis du Centre jeunesse de l'Estrie. Rappelons que des modifications simples au permis ciblent des renseignements qui y apparaissent, mais qui ne se retrouvent pas à l'acte constitutif de l'établissement (ex. : dénomination de l'établissement).

Par ailleurs, avant le dépôt du projet de loi n° 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences, un projet d'intégration et un projet de fusion d'établissements étaient à l'étude. Toutefois, de par la nature du projet de loi qui fusionnait d'emblée tous les établissements de l'Estrie, il a été décidé de surseoir à la poursuite de la mise en œuvre de ces projets. Le CSSS du Val-Saint-François et le CRDE avaient débuté les démarches pour une intégration par le CSSS-IUGS. De leur côté, les CSSS de la MRC-de-Coaticook et de Memphrémagog envisageaient une fusion pour créer un nouvel établissement.

1.2.4 EFFECTIFS DU RÉSEAU ESTRIEN

	RÉPARTITION PAR SEXE		
	HOMME	FEMME	TOTAL
Nombre	2 837	10 972	13 809
Pourcentage	21 %	79 %	100 %
Âge moyen	42	40	

	RÉPARTITION PAR STATUT			
	TEMPS COMPLET RÉGULIER	TEMPS COMPLET TEMPORAIRE	TEMPS PARTIEL RÉGULIER	TEMPS PARTIEL OCCASIONNEL
Nombre	7 571	628	3 037	2 573
Pourcentage	76 % F 24 % H	81 % F 19 % H	85 % F 15 % H	81 % F 19 % H
Âge moyen	43	36	40	36

	RÉPARTITION PAR GROUPE D'ÂGE				
	< 25	25–34	35–44	45–54	55 +
Nombre	1 303	4 055	3 132	3 226	2 093
Pourcentage	9 %	29 %	23 %	24 %	15 %

RETRAITE				
Nombre d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans la présente année financière	Pourcentage d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans la présente année financière	Nombre d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans cinq années financières	Pourcentage d'employés et d'employées qui atteindront l'âge de la retraite dans cinq années financières	Moyenne d'âge de prise de retraite
900	6,5 %	1 375	9,93 %	56,56

MATERNITÉ	
Nombre de maternités prévues d'ici cinq ans	Pourcentage de femmes qui pourraient partir en congé de maternité d'ici cinq ans en fonction du nombre d'employés actifs
2 808	20,28 %

	EFFECTIFS MÉDICAUX		
	HOMME	FEMME	TOTAL
Nombre d'omnipraticiens et d'omnipraticiennes	178	213	391
Nombre de médecins spécialistes	nd	nd	472

1.2.5 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Respect des règles et des normes

L'Agence a accordé un soutien financier de 19 119 538 $ pour l'année financière 2014-2015 à 125 organismes communautaires œuvrant dans la région de l'Estrie. La portion de ce financement, accordée en soutien à la mission globale, totalise 16 469 841 $ et a été attribuée à 112 organismes communautaires. Le soutien financier à la mission globale représente donc 86,1 % du financement accordé aux organismes communautaires de la région par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

Aussi, parmi les 125 organismes subventionnés, 51 ont reçu du financement par entente pour des activités spécifiques et 11 demeurent non financés pour un total de 136 organismes communautaires reconnus par le PSOC.

Contrôle de la conformité

Au cours de l'année 2014-2015, l'Agence a analysé les documents de reddition de comptes, tel que l'exige le PSOC :

- le rapport d'activités et le rapport financier du dernier exercice financier;
- l'avis de convocation, l'ordre du jour et le procès-verbal de la dernière assemblée générale annuelle des membres;
- les relevés statistiques appropriés lorsque requis.

Services rendus : les faits saillants

Les organismes communautaires œuvrent en Estrie auprès de clientèles variées, qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités et de leurs services pour répondre à des besoins identifiés et reconnus par la communauté. Ils contribuent à réduire les impacts d'une multitude de problématiques et ainsi améliorer la santé de la population estrienne.

Les faits marquants de l'année 2014-2015 sont :

- L'allocation de 0,9 % d'indexation appliquée à tous les montants versés aux organismes communautaires.
- La responsable des organismes communautaires à l'Agence a poursuivi en 2014-2015, la tournée des organismes en participant à des rencontres et à des assemblées générales annuelles.

2

Enjeux prioritaires DU PLAN STATÉGIQUE 2010-2015

2.1 ENJEU 1

UNE CONSOLIDATION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, EN PARTENARIAT AVEC LES ÉTABLISSEMENTS, LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LES DIVERS PARTENAIRES DU RÉSEAU, DONT LES GMF ET LES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES, ADAPTÉS AUX BESOINS DE LA POPULATION POUR ASSURER UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ, CONTINUITÉ ET QUALITÉ DES SERVICES

L'année 2014-2015 a permis à la Direction des services, des affaires médicales et universitaires (DSAMU) et aux établissements de poursuivre différents travaux régionaux visant l'amélioration de l'offre de service du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

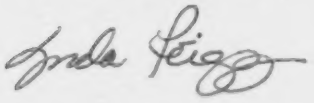
Les résultats 2014-2015 nous permettent de constater que les délais d'accès ce sont particulièrement améliorés en première ligne (mission CLSC), notamment en ce qui concerne les services de soutien à domicile, les services postopératoires et les services ambulatoires de santé mentale en CSSS. D'autres secteurs restent préoccupants tels que les services aux jeunes en difficulté et les services d'orthophonie pour les enfants 0-5 ans. L'accès aux services médicaux de première ligne ainsi que l'accès aux services spécialisés d'imagerie médicale demeure aussi un enjeu important d'amélioration. L'accès à la consultation en orthopédie et en gastroentérologie s'est amélioré, mais reste grandement fragile.

Il faut souligner l'augmentation de près de 200 000 heures de services supplémentaires de soutien à domicile, certainement reliée aux investissements financiers dans ce secteur au cours de l'année 2013-2014.

D'autres travaux menés par la DSAMU, en collaboration avec les établissements, les médecins, les organismes communautaires et différents partenaires, ont permis de consolider ou d'améliorer des services dans les secteurs suivants :

- 90 000 $ récurrents ont été alloués au CHUS pour diminuer la liste d'attente dans les services de dépistage et de prise en charge de la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral léger (TCCL);
- 40 000 $ ont été accordés au Centre communautaire Partage Saint-François pour soutenir son plan de restructuration;
- 124 250 $ récurrents ont été attribués au Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie pour permettre la poursuite des activités cliniques en toxicomanie auprès des jeunes du Centre jeunesse de l'Estrie et pour consolider des services externes en santé mentale;
- 100 000 $ ont été accordés au CHUS pour consolider le service de gestion des transports ambulanciers intersites;
- 165 000 $ récurrents ont été attribués au CRDITED pour actualiser une offre de services spécialisés auprès de la clientèle avec troubles graves du comportement;
- 30 000 $ non récurrents ont été alloués au CSSS-IUGS pour réduire l'utilisation non appropriée du transport ambulancier en offrant un service d'intervention de crise psychosociale sur place en collaboration avec les services ambulanciers de Sherbrooke;
- 253 000 $ récurrents ont été confirmés au CHUS pour consolider les services intensifs dans le milieu après de la clientèle atteinte de trouble grave de santé mentale;
- 200 000 $ pour deux ans ont été alloués à un projet de démonstration pour le suivi à domicile de la clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) par des services de télésanté.

Tous ces investissements et services attendus devront faire l'objet d'un suivi au cours de l'année 2015-2016 pour s'assurer qu'ils se poursuivent dans le nouvel établissement, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS.



M^me^ Lynda Périgny
Directrice des services, des affaires médicales et universitaires

2.1.1 ADAPTER L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN FONCTION DES BESOINS DE LA CLIENTÈLE ET DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

> OBJECTIF

Organiser les services généraux de première ligne et les services spécialisés en tenant compte des clientèles vulnérables, des personnes sans médecin de famille et des besoins émergents.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Présence d'une offre de service infirmière et médicale sans rendez-vous dans l'ensemble des territoires de l'Estrie	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
2	Corridors formels entre les services de première ligne et les services spécialisés	Protocole d'entente entre le MSSS et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) en matière de services en orthophonie en chantier Entente de collaboration intersectorielle pour les personnes ayant une DI-TED victimes ou contrevenantes impliquées ou non dans un processus judiciaire Entente d'utilisation de répit et d'accompagnement offerts par Baluchon Alzheimer	Augmentation des corridors formalisés	Trajectoire intégrée de soins pour la clientèle aux prises avec des maladies chroniques

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Bien que cette offre de service soit présente dans chacun des territoires, elle demeure à être consolidée et améliorée. Les travaux en cours et à venir devraient permettre d'assurer cette meilleure accessibilité. À titre d'exemple, des ressources cliniques ont été ajoutées et intégrées à plusieurs GMF pour favoriser la prise en charge de leur clientèle. D'autres ressources ont également été embauchées pour augmenter les services infirmiers de première ligne dans les CSSS. Ces ajouts de ressources cliniques se poursuivront au cours des prochaines années. Cela permettra de mieux organiser les services généraux de première ligne à la population en misant sur une approche interdisciplinaire. Quant à l'offre de service médicale, elle demeure à être consolidée ou améliorée dans plusieurs territoires. Les effectifs médicaux en place ne permettent pas d'assurer actuellement une offre de service complète à la population.

INDICATEUR 2

La mobilisation et la concertation de tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie autour de la prévention et de la gestion des maladies chroniques cardiométaboliques sont riches depuis 2008. Plusieurs actions entreprises sont en lien avec la stratégie ministérielle de 2010. Fort de ses acquis, le modèle estrien renforce la vision de responsabilité populationnelle et de mise en réseau de services hiérarchisés à travers tout le continuum de services. Le bon patient, au bon moment avec le bon intervenant. Voilà ce qui est recherché avec cette nouvelle trajectoire de soins.

2.1.2 CONSOLIDER L'OFFRE DE SERVICE DE PREMIÈRE LIGNE ET DE SERVICES SPÉCIALISÉS POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ ET UNE PLUS GRANDE CONTINUITÉ DES SERVICES

Services médicaux

> OBJECTIF

Améliorer la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables et assurer la continuité entre les services de première ligne et les services spécialisés.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre d'algorithmes cliniques déployés	Gastroentérologie : 10 Orthopédie : 27 pour l'orthopédie adulte, 6 pour l'orthopédie pédiatrique	Finaliser les travaux pour deux spécialités : orthopédie et gastroentérologie Débuter les travaux dans 2 autres spécialités	Orthopédie : 9 algorithmes cliniques additionnels pour l'orthopédie adulte

COMMENTAIRE

Les travaux ont permis d'améliorer la pertinence des demandes de consultation, les délais d'accès, un meilleur soutien aux médecins de famille, une meilleure prise en charge des patients, une bonne hiérarchisation des soins médicaux entre la médecine de famille et la médecine spécialisée.

> OBJECTIF

Assurer l'accès aux services médicaux de première ligne en santé physique et en santé mentale :

- Poursuivre les démarches afin que l'ensemble de la population de l'Estrie ait accès à des services de première ligne en santé physique en fonction de son profil de besoins.
- Implanter et consolider les groupes de médecine de famille (GMF) dans chacun des territoires.
- Favoriser le développement et l'intégration de nouvelles pratiques cliniques (médecins, infirmières en GMF, infirmières praticiennes et pharmaciens communautaires).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre de personnes inscrites auprès d'un GMF *Note : Facteur de pondération appliqué en fonction du nombre de patientes et de patients suivis à domicile par les médecins des GMF*	207 810 *(pondération du 1er juillet 2013)*	Selon les cibles de chacun des GMF	214 973 *(pondération du 1er janvier 2015)*
2	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	72,5 %	72 %	73,9 %
3	Nombre total de GMF implantés	14	14	14
4	Pourcentage des médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en GMF (ou équivalent)	77 %	75 %	78,1 %
5	Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	11	12	12

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Au 31 mars 2015, l'Estrie compte parmi les régions du Québec ayant la plus grande proportion de sa population inscrite en GMF. À cet égard, elle arrive au troisième rang de l'ensemble des régions du Québec.

INDICATEUR 2

Au 31 mars 2015, les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille sont au nombre de 233 120 sur une population estrienne de 315 464. L'amélioration représente 4 913 usagers, car les personnes inscrites auprès d'un médecin de famille sont passées de 228 207 en 2013-2014 à 233 120 en 2014-2015.

INDICATEUR 3

Au 31 mars 2015, le nombre de GMF en Estrie est maintenu à quatorze.

INDICATEUR 4

La promotion soutenue du modèle GMF dans notre région explique la proportion élevée de médecins pratiquant en GMF. À titre comparatif, cette proportion est de 65 % pour l'ensemble de la province.

INDICATEUR 5

L'engagement n'a pu être rencontré cette année. Toutefois, considérant que le plan de déploiement régional des IPS-SPL s'échelonne jusqu'en 2016-2017, nous prévoyons atteindre la cible qui est de 17 IPS-SPL.

> OBJECTIF

Assurer la prestation des soins et des services de santé et des services sociaux, en réduisant les listes et les délais d'attente dans les secteurs priorisés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Délai moyen d'attente pour l'ensemble des services convenus de suivre dans l'entente de gestion			
	- Santé publique			
	Délai moyen d'attente pour les services intégrés en périnatalité et petite enfance offerts en CSSS (jours)	19,6	Diminution	19,1
	- Services généraux			
	Délai moyen d'attente pour les services en phase postopératoire offerts en CSSS (jours)	4,1	Diminution	3,1
	Délai moyen d'attente pour les services psychosociaux généraux offerts en CSSS (jours)	29	< 30	28,9
	- SAPA			
	Délai moyen d'attente pour les services de soutien à domicile SAPA offerts en CSSS (jours)	28	< 30	23

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
	- Jeunes en difficulté			
	Délai moyen d'attente pour les services aux jeunes en difficulté offerts en CSSS (jours)	54,2	< 30	50,2
	- Santé mentale			
	Délai moyen d'attente pour les services ambulatoires en santé mentale offerts en CSSS (jours)	30	< 30	29,5
	Délai moyen d'attente pour les services de soutien d'intensité (jours)	23,7	< 30	24,6
	- Santé physique			
	Délai moyen d'attente pour les services de soutien à domicile en soins palliatifs offerts en CSSS (jours)	12,4	< 5,3	12,2
	Délai moyen d'attente pour les services d'orthophonie en première ligne offerts en CSSS (jours)	133,3	Diminution	131,5
2	Proportion des demandes de service en attente pour la clientèle élective en imagerie médicale	48 %	90 %	50,4 %
3	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins	84,7 %	90 %	86,2 %
4	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie	92 %	90 %	89,4 %
5	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins	70,1 %	90 %	67,2 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'indicateur « Délai moyen d'attente pour les services de soutien à domicile en soins palliatifs offerts en CSSS » était en suivi seulement, ce n'est pas un indicateur du MSSS.

L'indicateur « Délai moyen d'attente pour les services aux jeunes en difficulté offerts en CSSS » n'a pas été atteint en raison de la complexité et de la lourdeur de plusieurs suivis en cours. Une grille de priorisation des dossiers jeunes en difficultés est en élaboration par le MSSS. Nous sommes actuellement à réviser l'intensité des services à offrir, notamment pour les situations de crise et de négligence. Ces deux moyens combinés permettront une amélioration de la situation à moyen terme.

INDICATEUR 2

Un budget de fonctionnement pour l'ajout d'un quart de travail de soir pour la résonance magnétique a été octroyé par l'Agence en mars 2015.

INDICATEUR 3

Le respect du délai de lecture des examens au CHUS demeure difficile compte tenu des absences au plan des effectifs médicaux.

INDICATEUR 4

Une priorisation clinique adéquate de la demande d'examen facilite l'atteinte de la cible.

INDICATEUR 5

Pour certains établissements, la diminution notée de la performance est principalement causée par le délai entre la transcription des rapports d'examens et la signature des rapports par les radiologistes. Pour d'autres, la cause est le délai entre la lecture des examens et la transcription des rapports d'examens.

Services généraux

> OBJECTIF

Favoriser l'accès aux services de santé courants par l'intégration de nouvelles pratiques en ce qui a trait aux services infirmiers généraux et médicaux de première ligne.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre d'ordonnances collectives signées avec les conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	450	Suivi	450

COMMENTAIRES

Le nombre d'ordonnances collectives signées par les CMDP est établi autour de 450, dont 380 se retrouvent sur le site Web de l'Agence et 70 sur celui du CSSS-IUGS. L'implication des équipes médicales ainsi que l'intérêt marqué à mettre en application de nouvelles ordonnances collectives sont de plus en plus présents. Ceux-ci sont des leviers importants au développement et au déploiement des ordonnances collectives en première ligne, notamment en GMF, en cliniques privées et en CSSS.

> OBJECTIF

Améliorer l'accessibilité au service téléphonique Info-Santé.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	91,6 %	90 %	90,9 %

COMMENTAIRES

La cible de 90 % des appels répondus à l'intérieur d'un délai de quatre minutes est atteinte pour cette année. Actuellement, il n'existe pas de réponse téléphonique Info-Social de jour centralisée en Estrie. Les appels sont pris en charge dans chacun des CSSS de l'Estrie. Un intervenant psychosocial est disponible le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés afin de répondre aux appels téléphoniques en matière de services psychosociaux. Une deuxième ligne téléphonique a été ajoutée afin de répondre efficacement aux appels. Les appels de la ligne JEVI sont également transférés au 8-1-1 pour être répondus et traités par l'intervenant psychosocial.

> OBJECTIF

Consolider les guichets d'accès pour la prise en charge des clientèles vulnérables sans médecin de famille.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Déploiement d'un guichet d'accès aux services médicaux de première ligne sur l'ensemble des territoires de l'Estrie	7/7 territoires	s. o.	7/7 territoires
2	Nombre de personnes en attente	16 291	Diminution	22 615

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

7/7 territoires

INDICATEUR 2

Le nombre de personnes en attente d'un médecin de famille aux guichets d'accès sur l'ensemble des territoires de l'Estrie a augmenté considérablement, passant de 16 291 en 2013-2014, à 22 615 en 2014-2015. Cette augmentation n'est pas causée par une diminution des services de référence offerts par les guichets d'accès à un médecin de famille, mais plutôt par un accroissement de la demande de service. Les deux principaux facteurs contribuant à hausser la demande sont :

- une meilleure connaissance des services offerts par les guichets d'accès à un médecin de famille de la part de la population et des travailleurs de la santé;
- une cessation de pratique en première ligne (exemple : départs à la retraite) de la part de certains médecins transférant leurs clientèles directement aux guichets d'accès plutôt qu'à des collègues qui demeurent en pratique.

En raison du vieillissement des effectifs médicaux, ce deuxième facteur risque d'être prédominant au cours des prochaines années.

Maladies chroniques

> OBJECTIF

Poursuivre, dans tous les territoires de l'Estrie la mise en place du programme de gestion des maladies chroniques, des clientèles en insuffisance cardiaque, en réadaptation cardiaque et en diabète.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre d'usagères et d'usagers suivis au programme de gestion des maladies chroniques	2 137	Augmentation	n. d.
2	Pourcentage de territoires locaux où est implanté un programme d'autogestion et de réadaptation	100 %	100 %	100 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Aucune donnée pour cette année en raison de l'implantation du nouveau cadre de référence.

INDICATEUR 2

Tous les CSSS ont mis en place un programme d'autogestion et de réadaptation sur leur territoire.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

> OBJECTIF

Augmenter l'accès aux services de soutien à domicile, aux alternatives à l'hébergement et aux services médicaux.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre total d'heures de services de soutien à domicile (SAD) de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	335 221	Augmentation de 10 % par rapport à 2009-2010	520 024

COMMENTAIRES

La région s'est assurée que le temps passé auprès des usagers par le personnel des CSSS soit augmenté dans tous les CSSS pour les centres d'activités de soutien à domicile.

Les résultats de l'Estrie, pour ce qui est de l'atteinte de l'engagement, sont excellents et permettent de se positionner au deuxième rang des 16 régions. L'achat de services a également contribué à l'atteinte de l'engagement.

> OBJECTIF

Compléter l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA).

- Mécanisme d'accès et de coordination des services de santé et des services sociaux
- Gestionnaire de cas
- Système d'évaluation des besoins des personnes âgées
- Système de communication entre les intervenants et intervenantes
- Plan de service pour les personnes âgées

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux de services	83,8 %	85 %	86,6 %
2	Mécanisme en place dans tous les territoires de l'Estrie (guichet d'accès)	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires
3	Nombre d'ETC gestionnaire de cas	67,4	66,5	71,7
4	Pourcentage de personnes âgées évaluées	82 %	95 %	70,6 %
5	Pourcentage de l'implantation du système de communication entre les intervenants et intervenantes	n. d.	100 %	89,24 %
6	Nombre d'usagères et d'usagers recevant les services d'un gestionnaire de cas par les CSSS	3 730	3 813	3 806
7	Pourcentage des usagères et des usagers suivis en gestion de cas inscrits dans un RSIPA (dossier informatisé)	n. d.	100 %	n. d.

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
8	Pourcentage des usagères et des usagers suivis en gestion de cas ayant fait l'objet d'un plan de services individualisés (PSI)	24,7 %	100 %	51 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Sept des neuf composantes ont un degré de déploiement de plus de 85 %.

INDICATEUR 2

Le guichet unique par CSSS est en place depuis plusieurs années.

INDICATEUR 3

Six CSSS ont respecté leur engagement de maintenir les ETC de l'année précédente. Un CSSS s'était engagé à augmenter de 3,4 ETC en gestion de cas, ce qui a influencé favorablement le résultat 2014-2015.

INDICATEUR 4

Le processus d'évaluation annuelle de la clientèle devrait s'intégrer dans les façons de faire par établissement. Le résultat varie entre 59,8 % et 99,3 % selon les CSSS. Selon l'organisation du travail par CSSS, des intervenants ont également dans leur charge de cas, l'évaluation de la clientèle adulte en déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement. En 2014-2015, l'ajout de cette clientèle à évaluer était nouveau. Au 31 mars 2015, le résultat régional de l'ensemble des programmes-services (SAPA, DP, DI-TED) est de 74 %.

INDICATEUR 5

La composante a gagné en implantation par la mise en place d'un plus grand partage d'information clinique.

INDICATEUR 6

On observe, en 2014-2015, une augmentation de 2 % du nombre de personnes âgées suivies en gestion de cas.

INDICATEUR 7

L'absence d'un générateur de rapport dans la solution informatique RSIPA ne permet pas d'effectuer un tel suivi.

INDICATEUR 8

En 2014-2015, on note une augmentation du nombre absolu de PSI; 1 940 comparativement à 855 en 2013-2014. Quatre des sept CSSS se répartissent cette augmentation.

> OBJECTIF

Implanter l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage des CH ayant mis en place la majorité des composantes reliées à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	0 %	60 %	0 %

COMMENTAIRES

La cible ministérielle de déployer quatre des six composantes de l'approche adaptée n'a été atteinte par aucun établissement.

Quatre des six installations répondent à 100 % à la première composante de soutien à l'implantation. Cinq installations ont augmenté leurs activités en lien avec la gouvernance clinique pour tendre vers une implantation complète (82,6 %).

Le niveau de déploiement de l'approche varie entre 31,2 % et 65,6 % selon les établissements. La composante portant sur l'algorithme de soins est déployée à une hauteur de 70,8 % dans la région.

> OBJECTIF

S'assurer de bien adapter les services de santé et les services sociaux en centres d'hébergement et de soins de longue durée aux besoins des clients : soins et assistance en milieu de vie.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,60	3,48	3,53
2	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,31	0,29	0,30

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Cinq établissements ont connu une augmentation du nombre moyen d'heures travaillées, tandis que les trois autres ont vu leur moyenne diminuée faisant en sorte d'influencer la moyenne régionale.

INDICATEUR 2

Trois établissements ont connu une augmentation du nombre moyen d'heures travaillées, tandis que les cinq autres ont vu leur moyenne diminuée faisant en sorte d'influencer la moyenne régionale.

Déficience physique

> OBJECTIF

Améliorer l'offre de service en première ligne.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement	CSSS : 2 230 CR : 3 450	CSSS : 2 068 CR : 3 526	CSSS : 2 243 CR : 3 403
2	Taux de desserte en déficience physique	17,6 %	Augmentation	17,7 %
3	Nombre d'usagères et d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	372	422	347
4	Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	174 700	Augmentation de 10 % par rapport à 2009-2010 En plus du budget développement DI-TED/DP	176 529
5	Nombre d'usagères et d'usagers présentant une déficience physique dont la famille est en attente pour les mesures de soutien aux familles et aux proches aidants	11	Suivi	16

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le nombre de personnes présentant une déficience physique et recevant des services des CSSS accuse une légère hausse au cours de la dernière année. Cet indicateur nous permet de conclure que l'accessibilité aux services est en constante amélioration et que les établissements font les efforts nécessaires pour rejoindre leur clientèle.

Le CRE a accusé une légère baisse au cours de la dernière année. Celle-ci est principalement due à la situation particulière (disponibilité RH) au programme déficience visuelle (↓ 22 %). Outre cette situation, on observe une augmentation du nombre de personnes desservies au programme déficience du langage et de la parole (↑ 5 %). Cet indicateur nous permet de conclure que l'accessibilité aux services est constante et que l'établissement fait les efforts nécessaires pour interpeller sa clientèle.

INDICATEUR 2

Le taux de desserte à la hausse pour cette clientèle témoigne de l'amélioration de l'offre de service.

INDICATEUR 3

Le résultat atteint pour l'année 2014-2015 ne respecte pas les engagements. Deux motifs expliquent cette situation. D'une part, la cible est élevée puisqu'on ne dénote aucune attente sur la grande majorité des territoires (5/7) et deux territoires sont à revoir leurs modalités pour répondre aux besoins des personnes en attente.

INDICATEUR 4

La cible est atteinte et a permis de rejoindre 1 854 personnes différentes pour un nombre moyen d'heures d'intervention de l'ordre de 95,2 heures par personne.

INDICATEUR 5

Le nombre de familles en attente pour des mesures de soutien a augmenté légèrement au cours de la dernière année. L'attente est attribuable à deux territoires en particulier pour lesquels des plans d'action sont en chantier.

> OBJECTIF

Poursuivre les efforts de réduction des délais d'attente pour accroître l'accès aux services selon les standards établis par le Ministère.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique*			
	- Toutes priorités	CSSS : 95,4 % CR : 93,7 %	90 %	CSSS : 95,5 % CR : 88,3 %
	- URGENT	100 %	90 %	100 %
	- ÉLEVÉ	CSSS : 91,2 % CR : 92,3 %	90 %	CSSS : 93,4 % CR : 88,8 %
	- MODÉRÉ	CSSS : 95,9 % CR : 96,2 %	90 %	CSSS : 95,9 % CR : 87,1 %
2	Délai moyen d'attente pour les services de soutien à domicile en déficience physique offerts en CSSS (en jours)	n. d.	Urgent : < 3 Élevé : < 33 Modéré : < 360	n. d.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

- En CSSS, les engagements en regard du respect des délais définis comme standards par le Ministère indiquent des résultats supérieurs aux taux prévus, et ce, pour tous les niveaux de priorité. Les CSSS et le CRE ont travaillé de concert afin d'améliorer l'accès, notamment par la mise en place d'un outil de gestion intégrée permettant le suivi régional de la liste d'attente.
- Légère baisse en deçà de la cible ministérielle. Il est entendu que l'établissement maintient les efforts déployés au cours des dernières années afin d'atteindre la cible.

INDICATEUR 2

- La Régie de l'assurance maladie du Québec n'a pas été en mesure de nous transmettre les données pour cet indicateur.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

> OBJECTIF

Améliorer l'accès aux services de première ligne et diversifier l'offre de service de première ligne, notamment au niveau des services socioprofessionnels.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre de personnes ayant une déficience recevant des services en établissement	CSSS : 1 193 CR : 1 205	CSSS : 1 113 CR : 1 190	CSSS : 1 302 CR : 1 237
2	Taux de desserte en DI-TED	18,2 %	Augmentation	19,9 %
3	Nombre total d'heures de services de SAD de longue durée rendus à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS – mission CLSC)	11 027	Augmentation de 10 % En plus du budget de développement DI-TED/DP	12 414
4	Nombre d'usagers et d'usagères présentant une DI ou un TED dont la famille est en attente pour des mesures de soutien aux familles et aux proches aidants	20	Suivi	18

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Tant au sein des CSSS qu'au CRDITED de l'Estrie, le nombre d'usagères et d'usagers a augmenté pour une quatrième année consécutive, progressant de 20,8 % en CSSS et de 8,2 % en CR au cours de la période 2011-2012 et 2014-2015. Cet indicateur nous permet de conclure qu'il y a une meilleure accessibilité aux services et que les établissements font les efforts nécessaires pour rejoindre leur clientèle.

INDICATEUR 2

Le taux de desserte à la hausse pour cette clientèle témoigne de l'amélioration de l'offre de service.

INDICATEUR 3

La cible est atteinte et a permis de rejoindre 826 personnes différentes pour un nombre moyen d'heures d'intervention de l'ordre de 15 heures par personne.

INDICATEUR 4

Malgré une augmentation de l'ordre de 4,7 % au cours de l'année 2014-2015 du nombre d'usagères et d'usagers DI-TED dont la famille reçoit des services de soutien, le nombre d'usagères et d'usagers en attente reste similaire. Cette attente se compose majoritairement de personnes à profil DI, quoique cette majorité soit en légère diminution année après année, passant de 86,7 % en 2012-2013 à 78 % en 2014-2015.

> OBJECTIF

Réduire les délais d'attente selon les standards établis par le Ministère.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience en DI-TED*			
	- Toutes priorités	CSSS : 96,5 % CR : 75 %	90 %	CSSS : 95 % CR : 78,2 %
	- URGENT	CSSS : 100 % CR : 50 %	90 %	CSSS : s.o. CR : 60 %
	- ÉLEVÉ	CSSS : 100 % CR : 71 %	90 %	CSSS : 82,4 % CR : 77,3 %
	- MODÉRÉ	CSSS : 96,2 % CR : 76,8 %	90 %	CSSS : 96,3 % CR : 78,7 %
2	Délai moyen d'attente pour les services de SAD DI-TED offerts en CSSS	n. d.	Urgent : < 3 Élevé : < 33 Modéré : < 360	n. d.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

- En CSSS, les engagements en regard du respect des délais définis comme standards par le Ministère indiquent des résultats supérieurs aux taux prévus, et ce, pour tous les niveaux de priorité.
- Les CSSS et le CRDITED de l'Estrie ont travaillé de concert afin d'améliorer l'accès, notamment par la mise en place d'un outil de gestion intégrée permettant le suivi régional de la liste d'attente. La réorganisation interne réalisée en cours d'année au CRDITED de l'Estrie en lien avec le mécanisme d'accès et la gestion de la liste d'attente a porté fruits.

- On note une amélioration des taux de respect pour les trois niveaux de priorité (urgent, élevé, modéré). Si l'on compare cette performance à celles des CRDITED en province, à l'exception des demandes de niveau « urgent », la performance du CRDITED de l'Estrie est supérieure à la moyenne provinciale (2013-2014). Toutefois, les taux ne correspondent pas aux cibles ministérielles. En CSSS, les engagements en regard du respect des délais définis comme standards par le Ministère, indiquent des résultats supérieurs aux taux prévus, et ce, pour tous les niveaux de priorité. Le petit volume de demandes de priorité élevée a parfois un impact significatif sur le taux de respect. Pour l'année 2014-2015, 3 demandes sur un total de 17 ont été traitées hors délai, ce qui explique le taux de 82,4 %.
- Les CSSS et le CRDITED de l'Estrie ont travaillé de concert afin d'améliorer l'accès, notamment par la mise en place d'un outil de gestion intégrée permettant le suivi régional de la liste d'attente.

INDICATEUR 2

La Régie de l'assurance maladie du Québec n'a pas été en mesure de nous transmettre les données pour cet indicateur.

> Objectif

Poursuivre les travaux sur la hiérarchisation des services entre la première ligne et la deuxième ligne de services.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Lignes directrices adoptées à la TCRE d'avril 2012	Gastro-entérologie : 10 algorithmes cliniques Orthopédie : 27 algorithmes cliniques pour l'orthopédie adulte, 6 algorithmes cliniques pour l'orthopédie pédiatrique	Suivi des travaux en cours	Régionalisation de la nouvelle trajectoire de services – TED 0-17 ans

COMMENTAIRE

Poursuite des travaux liés à la hiérarchisation des services pour la clientèle composant avec troubles envahissants du développement (Régionalisation de la nouvelle trajectoire de services – TED 0-17 ans).

Jeunes en difficulté

> OBJECTIF

Bonifier l'offre de service de première ligne et de services spécialisés :

- Pour les CSSS et le CJE, implanter le programme régional « Réseau Parent'Aise ».
- Spécifiquement pour les CSSS, déployer un programme d'intervention en situation de crise et de suivi intensif dans le milieu (Programme Crise-Ados-Familles-Enfance [CAFE]).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnu efficace est offert (programme Réseau Parent'Aise)	100 %	100 %	100 %
2	Taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en PJ	10,5 %	Diminution	13,3 %
3	Durée moyenne de placement	n. d.	Diminution	n. d.
4	Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace est offert	100 %	100 %	100 %
5	Nombre d'usagères et d'usagers inscrits dans les CSSS au programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu (de type CAFE)	226	Augmentation	69 usagers de moins de 18 ans

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le programme Réseau Parent'Aise est offert dans tous les territoires de la région depuis le 1er avril 2010. Le déploiement et la consolidation de l'offre de service sont suivis étroitement au plan régional par le Comité directeur Jeunes en difficulté. Un responsable dédié à l'encadrement clinique est en soutien continu au plan régional, ce qui facilite l'atteinte du résultat.

INDICATEUR 2

L'augmentation du nombre de signalements ainsi que le délai moyen d'attente pour les services aux jeunes en difficulté offerts en CSSS (R1.06.11E) ont un impact direct sur ce résultat.

INDICATEUR 3

Dans le cadre du suivi des ententes de gestion et d'imputabilité, l'indicateur 1.06.13 Durée moyenne des placements n'est pas suivi en 2014-2015.

INDICATEUR 4

Le programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu est offert dans tous les territoires de la région depuis le 7 janvier 2013. Le déploiement et la consolidation de l'offre de service sont suivis étroitement au plan régional par le Comité directeur Jeunes en difficulté. Un responsable dédié à l'encadrement clinique est en soutien continu au plan régional, ce qui facilite l'atteinte du résultat.

INDICATEUR 5

Ce qui explique l'écart entre les deux années c'est qu'en 2013-2014, l'indicateur visait les 0-100 ans alors qu'en 2014-2015, l'indicateur vise seulement les moins de 18 ans. À titre de comparaison, c'est 158 usagers 0-100 ans qui ont été desservis en 2014-2015. Précisons qu'une grande proportion des demandes de services de crise était faite par des usagères et des usagers connus des services des CSSS. Ils étaient donc pris en charge en dehors du service CAFE par les intervenants au dossier ou par Urgence-Détresse.

Dépendances

> OBJECTIF

Accentuer les services de première ligne au niveau de la détection, du dépistage et de l'intervention précoce.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	589	550	564
2	Nombre de jeunes de moins de 18 ans pour lesquels est administré l'outil DEP-ADO	46	Augmentation	41
3	Nombre d'adultes de 18 ans ou plus ayant bénéficié de toute intervention incluant les activités de repérages (CAGE) et de détection (DEBA)	494	758	431

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Une révision de la gestion des charges de cas, notamment en ce qui a trait à l'intensité des services requis, a permis de maintenir la cible tant pour les jeunes que pour les adultes.

INDICATEUR 2

L'investigation de la consommation d'alcool ou de drogues chez les jeunes se poursuit en majorité en milieu scolaire et en centre jeunesse.

INDICATEUR 3

Le roulement de personnel et l'arrivée de nouveaux employés ont fait en sorte que la cible semble plus difficile à atteindre pour certains établissements.

> OBJECTIF

Augmenter l'accessibilité aux services spécialisés, notamment de la clientèle dépendante avec problème en santé mentale.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Proportion d'usagères et d'usagers admis en désintoxication au CRDE à la suite d'une décision de l'infirmière de liaison	13,7 %	Suivi	10,5 %
2	Pourcentage des personnes évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins	80,8 %	80 %	81,5 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Légère baisse d'usagers admis en désintoxication, mais une augmentation des personnes référées à l'infirmière de liaison (304 comparativement à 293 au 31 mars 2014).

INDICATEUR 2

Ils ont dépassé la cible attendue de 80 % grâce à un suivi étroit de la liste d'attente.

Santé mentale

> OBJECTIF

Augmenter les services de soutien d'intensité variable dans la communauté (CSSS).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans ou plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui a reçu ces services	188,2	419	169,5

COMMENTAIRE

Les équipes sont toujours en réorganisation du travail à la suite des recommandations du Centre national d'excellence en santé mentale, ce qui explique la cible non atteinte.

> OBJECTIF

Diminuer les délais d'attente à l'urgence psychiatrique et à l'accès aux services de première ligne et aux services spécialisés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage d'usagères et d'usagers dont les services spécifiques de santé mentale de première ligne en CSSS ont débuté à l'intérieur de 30 jours	n. d.	90 %	n. d.
2	Pourcentage d'usagères et d'usagers dont les services spécialisés de santé mentale de deuxième et de troisième lignes ont débuté à l'intérieur de 60 jours (CHUS pour l'Estrie)	n. d.	90 %	n. d.
3	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale (en heures)	21,9	< 18	24,3
4	Pourcentage de séjour de 48 heures ou plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13 %	0 %	15,2 %

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 ET 2

Indicateurs retirés temporairement par le MSSS.

INDICATEUR 3

Le résultat est au-dessus de la moyenne provinciale qui est de 20,9. L'engagement n'a pas été atteint : une des causes probables est qu'aucune unité de psychiatrie générale n'existe en Estrie. Les mouvements de transfert dans les unités de soins occasionnent des délais qui peuvent être significatifs. Les délais entre les demandes d'admission et les transferts à l'étage sont en augmentation ces trois dernières années.

INDICATEUR 4

Augmentation de 16 % des 48 heures ou plus.

> OBJECTIF

Diversifier l'offre de service résidentiel et de soutien à la personne dans son milieu de vie sur tous les territoires de l'Estrie.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Diminuer le nombre de places en ressources intermédiaires – ressources de type familial (RI-RTF) en santé mentale pour augmenter les places en logements autonomes avec soutien (appartements supervisés, supervision à distance, etc.)	RI-RTF SM : 100 Logements autonomes avec soutien : 94	Augmentation	RI-RTF SM : 93 Logements autonomes avec soutien : 107
2	Soutien résidentiel pour tous les programmes	1 974 places	Suivi	1 973 places

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Diminution de 7 places RI-RTF par rapport à 2013-2014. L'offre de service résidentiel et de soutien à la personne dans son milieu de vie est très diversifiée en Estrie notamment par la mise en place de mesures innovatrices et adaptées à la condition des usagères et des usagers (RI-RTF-RNI, mesure de soutien à la personne en logement autonome, achat de services, etc.).

INDICATEUR 2

Fluctuation non significative. Bien que la cible ne soit pas atteinte, le nombre d'usagères et d'usagers desservis est considérable. L'offre de service résidentielle et de soutien à la personne dans son milieu de vie est très diversifiée en Estrie, notamment par la mise en place de mesures novatrices et adaptées à la condition des usagères et des usagers (RI-RTF-RNI, mesure de soutien à la personne, achat de services, etc.).

> OBJECTIF

Développer des services de suivi intensif dans le milieu pour les personnes atteintes de problèmes graves en santé mentale.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans ou plus mesuré par le nombre moyen d'adultes ayant reçu ces services	49,2	100	70,4

COMMENTAIRE

La consolidation de l'équipe depuis septembre 2014 a permis une meilleure prise en charge. Les travaux d'arrimage avec le CSSS-IUGS permettront de mieux cibler la clientèle du suivi intensif.

> OBJECTIF

Améliorer l'arrimage et l'intégration des services pour la clientèle avec problématique de santé mentale et de dépendances.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Programmation intégrée CJPC/MSG - Déménagement MSG	Suivi	Suivi	Suivi

COMMENTAIRES

- La gestion clinico-administrative des hébergements de santé mentale et de dépendances est sous la gouverne du même chef de réadaptation.
- Le responsable des unités de vie coordonne des activités de soutien et d'organisation du travail pour les deux hébergements.
- Les éducatrices et les éducateurs, les infirmières et les infirmiers, les infirmières auxiliaires et les infirmiers auxiliaires sont orientés pour les deux hébergements.

> OBJECTIF

Consolider l'offre de service des psychiatres, des pédopsychiatres et des gérontopsychiatres répondants.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre de CSSS ayant un psychiatre répondant pour les omnipraticiens et les omnipraticiennes et l'équipe de base	7/7 territoires	7/7 territoires / psy À développer	7/7 territoires
2	Nombre de CSSS ayant un pédopsychiatre répondant	7/7 territoires	7/7 territoires	7/7 territoires

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le rôle du psychiatre répondant ou consultant est sous-utilisé. Une incompréhension persiste quant à l'utilisation de ces services.

INDICATEUR 2

Des travaux sont en cours afin d'harmoniser la pratique médicale du psychiatre répondant et du pédopsychiatre sur chacun des territoires.

> OBJECTIF

Développer les opportunités d'intégration socioprofessionnelle pour la clientèle en santé mentale.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Allocation budgétaire pour chaque CSSS	L'allocation budgétaire est complétée	Offre déployée dans l'ensemble des CSSS	L'allocation budgétaire est complétée et en suivi

COMMENTAIRE

L'établissement qui n'avait pas déployé l'insertion socioprofessionnelle (contexte particulier de sinistre) a formé un comité dans la dernière année. Il a déposé un document d'orientation avec un plan d'implantation. Il y aura démarrage d'une étude de faisabilité en début d'automne pour un projet pilote d'insertion.

Santé physique

:: LUTTE CONTRE LE CANCER

> OBJECTIF

Mettre en place des équipes interdisciplinaires, notamment en première ligne pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre d'équipes interdisciplinaires mises en place (CSSS et CHUS)	0	En attente de budget du MSSS	0

COMMENTAIRES

Il n'y a pas d'équipe locale visitée par le groupe-conseil et désignée par l'Agence. Néanmoins, des infirmières pivots en oncologie sont disponibles dans les CSSS pour les services de première ligne afin d'améliorer la coordination et l'échange d'information entre les différents dispensateurs de soins. Certains CSSS ont quelques heures pour un travailleur social. Les équipes en place dans les CSSS ont été développées à partir de budgets du MSSS pour couvrir les services en soins palliatifs. Les équipes interdisciplinaires en première ligne pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches doivent être consolidées.

:: SOINS PALLIATIFS

> OBJECTIF

Assurer l'accès aux soins palliatifs de fin de vie par la mise en place d'équipes interdisciplinaires en première ligne.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre d'équipes mises en place	1 équipe par territoire, non dédiée	1 équipe par territoire	1 équipe par territoire. Ce ne sont pas des équipes dédiées aux soins palliatifs 1 CSSS n'a pas d'équipe de soins palliatifs

COMMENTAIRES

Six CSSS sur sept ont une équipe de soins palliatifs. Pour l'autre, la majorité des services de base en soins palliatifs à domicile sont disponibles :

- Trousse pharmaceutique complète 24/7
- Enregistrement de la clientèle en soins palliatifs au service Info-Santé
- Médecin de garde 24/7
- Service de soins infirmiers de garde 24/7
- Disponibilité de matériel et de fournitures
- Lits de répit

Toutefois, les ressources en soins palliatifs ne satisfont pas les critères de la définition d'équipe interdisciplinaire provenant du formulaire 602 « Disponibilité d'une équipe de soins palliatifs à domicile » qui mentionnent que l'équipe interdisciplinaire doit être composée minimalement des professionnels suivants : médecin, infirmière et intervenant psychosocial. L'équipe doit avoir accès à un pharmacien, à un ergothérapeute et à un physiothérapeute. Des bénévoles, un accompagnateur de culte et des ressources communautaires peuvent se joindre à ces équipes.

:: MÉDECINE ET CHIRURGIE

> OBJECTIF

Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central, un accès aux chirurgies dans un délai de six mois.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche (6 mois)	93 %	90 %	98 %

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
2	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou (6 mois)	95 %	90 %	90 %
3	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte (6 mois)	97 %	90 %	99 %
4	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour (6 mois)	93 %	90 %	92 %
5	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation (6 mois)	93 %	90 %	92 %
6	Pourcentage de patientes et de patients inscrits au mécanisme traités dans les délais pour une chirurgie bariatrique (6 mois)	n. d.	90 %	100 %

COMMENTAIRE

Une bonne gestion de la liste d'attente a permis d'atteindre la cible visée. Toutefois, le nombre de demandes réalisées a diminué par rapport à 2013-2014. Pour cette chirurgie, on retrouve un certain équilibre entre l'offre et la demande de service.

> OBJECTIF

Assurer aux personnes atteintes d'un cancer un accès aux services selon le délai du MSSS : 28 jours.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage de patientes et de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours	58,8 %	90 %	62,1 %
2	Pourcentage de patientes et de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	81,8 %	100 %	84,6 %
3	Proportion des patientes et des patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	99,5 % (P12)	98 %	99,5 %

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 ET 2

La cible n'est pas atteinte, toutefois le nombre de chirurgies oncologiques réalisées a augmenté en 2014-2015. La majorité (56 %) des demandes en attente ou programmées de 57 jours et plus proviennent des sites tumoraux de la peau et de la prostate. Afin d'améliorer l'accès, certaines activités sont déplacées du bloc opératoire vers les services externes. De plus, des priorités supplémentaires ont été attribuées dans le secteur de l'urologie et des chirurgiens s'entraident pour diminuer la liste d'attente.

INDICATEUR 3

Les services en radio-oncologie sont offerts seulement au CHUS. L'établissement a effectué un suivi rigoureux des délais pour respecter les cibles.

> OBJECTIF

Assurer le respect des standards établis par le Ministère pour la durée de séjour sur civière.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Séjour moyen sur civière (en heures)	12,9	11	13,5
2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans ou plus (en heures)	14,6	11	15,6
3	Pourcentage de séjour de 48 heures ou plus sur civière	2,4 %	1 %	2,9 %
4	Pourcentage de séjour de 48 heures ou plus sur civière des personnes de 75 ans ou plus	2,2 %	1 %	3,1 %
5	Pourcentage des séjours de 24 heures ou plus sur civière	15 %	12 %	16,2 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

En deçà du séjour moyen provincial qui est de 16,7 jours. En augmentation dans trois urgences sur six. Plan d'action 2014-2016 des chefs d'urgence en lien avec les diminutions de durée de séjour. Un CSSS a déposé à l'Agence une demande de développement pour une unité multivocationnelle. Nous sommes en attente d'une visite de la Direction nationale des urgences à cet effet. Un suivi de la clientèle âgée, soit celle qui impacte le plus la DMS globale, est fait quotidiennement en collaboration avec l'unité qui possède trois lits de vocation courte durée gériatrique et les services psychosociaux du soutien à domicile. Deux travailleuses sociales sont présentes sur semaine et une la fin de semaine sur les deux sites majeurs afin de favoriser le retour à domicile du patient ou le diriger vers une autre ressource et, ainsi, éviter une hospitalisation. Il y a un suivi rigoureux dans la gestion des lits, appel conférence au besoin, dans le but de désengorger les urgences. De plus, les patients continuent d'être réorientés vers une « clinique réseau-CMU ».

INDICATEUR 2

Le résultat (15,6) est nettement en deçà de la moyenne provinciale (22,6). Le nombre de visites par patient sur civière est comparable, mais on remarque une augmentation de la clientèle ambulatoire pour les CSSS.

INDICATEUR 3

Les nombreux efforts déployés par le réseau, s'actualisant par des interventions des programmes-services concernés (PA – Santé mentale - mise en place de la clinique réseau) ont permis depuis plusieurs années d'être en deçà de la moyenne provinciale.

INDICATEUR 4

Les résultats sont passés de 1,5 % à 3,1 % depuis cinq ans, mais bien en deçà de la moyenne provinciale. Il est important de noter que le nombre a plus que doublé, passant de 209 PC à 474 PC. Les résultats sont donc attribuables au vieillissement de la population.

INDICATEUR 5

L'urgentologue a un délai pour décider de l'orientation du patient ou de la patiente et si un spécialiste en consultation est requis, des délais supplémentaires s'ajoutent. Depuis 2014, le plan d'action de la TIRCDMS favorise les recommandations visant à travailler avec les médecins pour diminuer le temps de consultation et par le fait même le temps d'attente.

2.1.3 FAVORISER L'ARRIMAGE ENTRE LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET LES SERVICES SPÉCIALISÉS

> OBJECTIF

Actualiser des mécanismes d'accès aux services de consultation spécialisée et aux plateaux techniques spécialisés notamment en imagerie médicale.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Mettre en place un mécanisme d'accès (Accueil clinique) régional aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature aiguë et subaiguë référées par un médecin de famille	Actualisation prévue d'ici janvier 2015	Selon l'échéancier du MSSS (fin 2014) En attente du Cadre de référence du MSSS	0 %

COMMENTAIRE

Le plan pour l'implantation de l'accueil clinique a été réalisé. Projet non priorisé.

2.1.4 DÉVELOPPER UN PARTENARIAT PRIVILÉGIÉ DANS LA MISE EN RÉSEAU DES SERVICES

> OBJECTIFS

- Convenir pour tous les programmes-services de mécanismes formels de référence et de rétroaction.
- Poursuivre les efforts de partenariat dans les programmes-services de première ligne, dont les organismes communautaires et les services spécialisés et inter programmes-services.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre d'ententes signées (consignées à la DSAMU)	297	Augmentation	329

COMMENTAIRE

Les CSSS et le CHUS ont consolidé, par la signature d'ententes, des corridors de services complémentaires avec les partenaires du réseau.

> OBJECTIF

Travailler à l'arrimage des priorités de chaque établissement et la prise de décision en réseau de partenaires, dont les organismes communautaires et les services médicaux (cliniques et GMF).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Rencontres des comités directeurs des programmes-services	3 à 4 rencontres par année des comités directeurs des programmes-services	Suivi	Réalisé à 100 %

COMMENTAIRE

La région a poursuivi son travail d'arrimage des priorités par son mode de fonctionnement, soit les rencontres de chacun des comités directeurs des programmes-services. Cette structure permet d'établir et d'harmoniser les priorités de travail pour l'ensemble des programmes-services de la région tout en améliorant la qualité, l'accès ainsi que la continuité des services.

2.1.5 ASSURER LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX OFFERTS

> OBJECTIF

Adhérer à une vision régionale commune de la qualité des services de santé et des services sociaux, intégrant l'ensemble des mesures porteuses de la qualité.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Plan de mise en œuvre du cadre de référence régional réalisé	Réalisé	s. o.	Réalisé
2	Pourcentage d'atteinte des activités reliées au plan de communication	90 %	100 %	90 %
3	Adoption par la table régionale qualité (TRQ) d'une stratégie de promotion de la qualité en continu	Réalisé	Réalisé	Réalisé
	Actualisation du plan de communication général sur la promotion de la qualité en continu :			
4	Actualisation de l'infolettre « Coups de cœur qualité »	Non réalisé	Deux infolettres « Coups de cœur qualité » diffusées	Réalisé
5	Actualisation du Colloque qualité	n. d.	Colloque qualité réalisé	Réalisé
6	Adoption d'un plan de communication pour la valorisation du travail en CHSLD	n. d.	Calendrier des événements 2014 réalisé	Aucune mise en œuvre du Plan de communication réalisé en 2013-2014
7	Réflexion sur les approches et stratégies prometteuses centrées sur l'expérience usager	n. d.	Document de réflexion déposé	Non réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 ET 2

Les actions en lien avec ces indicateurs n'ont pas été poursuivies en 2014-2015. La TRQ a revu ses priorités de travail au printemps 2014.

INDICATEUR 3

La stratégie de promotion de la qualité en continu a été adoptée en 2013-2014 par la TRQ. Les actions ont été mises en œuvre dans l'année 2014-2015.

INDICATEUR 4

Deux infolettres sur la qualité des soins et services ont été diffusées dans les bulletins Santé Estrie de juin et de novembre 2014. Vous pouvez les consulter à l'adresse : www.santeestrie.qc.ca/publication_documentation/index.php#sa

INDICATEUR 5

La première édition du Colloque sur les droits des usagers et la qualité des soins et des services s'est tenue le 31 octobre 2014. L'évènement conjoint s'est déroulé sous le thème *L'usager au cœur de ses droits, l'usager au cœur de la qualité des services : une responsabilité partagée*. Il est possible de consulter les actes du colloque à l'adresse : www.santeestrie.qc.ca/droits_des_usagers/documents/Actescolloque_Mars2015.pdf

INDICATEUR 6

Le groupe de travail a tenu une seule rencontre, en avril 2014. Les activités prévues n'ont pas été actualisées, à savoir :

- Relancer tous les établissements afin de mettre à jour leur calendrier et d'y inclure ce qui a été fait depuis les six derniers mois (2 CSSS ont répondu).
- Réaliser une ou des activités régionales en lien avec la valorisation des soins et des services en CHSLD.

INDICATEUR 7

Comme les activités de la TRQ ont été ralenties dès l'automne en raison du dépôt du projet de loi n° 10, les priorités régionales ont été revues et cette activité n'a pas été développée, car elle n'avait pas débuté.

> OBJECTIF

Soutenir les établissements en favorisant des mécanismes de concertation et de collaboration face aux défis communs ciblés par les organismes d'agrément.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Constitution d'une boîte à outils et mécanisme de dépôt des documents sur le babillard régional Qualité utile et fonctionnel	Réalisé	Continu	Réalisé
2	Dépôt d'un bilan régional en lien avec les recommandations formulées par les organismes d'agrément	Réalisé	Réalisé	Réalisé
3	Réception des suivis en lien avec les recommandations aux différentes instances dans le bilan régional sur l'agrément	Non réalisé	60 % des suivis reçus	Non réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Tout au long de l'année, les informations pertinentes aux actions structurantes de la qualité sont déposées au babillard régional Qualité. Les membres sont informés à chaque dépôt de documents.

INDICATEURS 2 ET 3

La synthèse des recommandations a été revue par le groupe désigné à réviser le fonctionnement de la TRQ. La conclusion a été que le mandat de la Table étant davantage d'ordre stratégique, l'émission de recommandations d'ordre opérationnelles allait au-delà du mandat régional. Par conséquent, il a été convenu de modifier les recommandations pour des constats et de transmettre ces derniers aux instances concernées, qui pourront les ramener en rencontre pour discussion et décision.

En 2014-2015, les membres de la TRQ ont également convenu de privilégier des discussions portant sur les nouveautés de l'agrément. Ce faisant, favoriser une approche plus prospective permettrait davantage aux établissements d'échanger sur des enjeux ou préoccupations portant sur les visites de renouvellement éventuelles. Ainsi, l'approche rétroactive utilisée par le passé ne répondant plus aux besoins des membres, on désire axer davantage sur les nouvelles normes et pratiques organisationnelles requises.

> OBJECTIF

S'assurer d'une prestation sécuritaire de services, afin de :

- Prévenir et contrôler les infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.
- Diminuer les incidents/accidents, particulièrement les erreurs médicamenteuses.
- Diminuer l'utilisation des mesures de contrôle (contention, isolement).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés présentant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux taux établis	100 %	100 %	91,7 %
2	Nombre de déclarations d'incidents/accidents dans le registre national par l'établissement, dont celles reliées aux erreurs médicamenteuses	Nombre total de déclarations par année : 23 934 Erreurs médicamenteuses : 9 556	Suivi	n. d.
3	Nombre de déclarations ayant fait l'objet d'une divulgation à l'usagère ou à l'usager	3 043/3 146 (97 %)	100 %	n. d.
4	Actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents décrites dans le rapport annuel des établissements	80 %	100 %	n. d.
5	Nombre de personnes participantes (personnel médical, personnel infirmier, ergothérapeutes, physiothérapeutes) ayant reçu la formation *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et l'isolement*	45 %	66 %	n. d.
6	Mécanisme d'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (article 118.1 de la LSSSS) mis en place dans les établissements et décrit dans le rapport annuel des établissements	60 %	100 %	n. d.

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Selon le rapport rendu disponible le 1er juin, ces cibles sont atteintes en Estrie à l'exception de celle concernant les bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM), où 75 % (3/4) des installations de l'Estrie visées par cette surveillance ont des taux observés inférieurs aux taux établis par l'INSPQ.

Région	Établissement	CHSGS	Taux établi	Taux observé
			(/ 10 000 jours-présence)	
05	CIUSSS DE L'ESTRIE–CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	**Centre de santé et de services sociaux du Granit**	**0,56**	**2,07**
		Centre de santé et de services sociaux Memphrémagog	0,56	0
		Hôpital Fleurimont	1,30	0,19
		Hôtel-Dieu de Sherbrooke	0,96	0,15

Cette année, la mission CHSGS du CSSS du Granit a un taux observé de bactériémie à SARM de 2,07 cas/10 000 jours-présence alors que le taux établi pour cette catégorie d'établissement (non-universitaire, de moins de 250 lits) se situe à 0,56 cas/10 000 jours-présence. En nombre absolu, ceci correspond à 2 cas de bactériémies nosocomiales survenues au cours de l'année 2014-2015 dans cet établissement, comparativement à aucun cas les années précédentes. Les circonstances expliquant ces 2 cas ne sont pas connues au moment où ces résultats ont été diffusés, mais pourraient être le fait du hasard. Un suivi devra être fait sur cet indicateur pour l'année 2015-2016.

INDICATEURS 2 ET 3

Puisque la sécurité des usagères et des usagers ne fait pas l'objet de compromis en Estrie, l'Agence a assuré un suivi étroit auprès des établissements de la région pour garantir une déclaration complète et continue des incidents/accidents. Elle a aussi offert un accompagnement personnalisé aux établissements en défaut de saisie pour identifier des solutions durables et enfin, l'Agence a favorisé l'implantation du rapport du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) en matière de prévention des chutes et des évènements liés à la médication.

Les résultats finaux ne sont pas disponibles, car depuis cette année, un seul rapport national sur les incidents et accidents en santé et services sociaux est présenté à l'automne. Ainsi, les données officielles 2014-2015 seront publiées à l'automne 2015 par le MSSS.

Sans avoir les données finales, une tendance à la baisse comparativement aux années passées est observée. Il y aurait moins de divulgations obligatoires réalisées. Il faut toutefois être prudent, car il arrive que la divulgation ne puisse se faire d'un seul coup. Il n'est pas rare d'être incapable de divulguer la totalité de l'information peu de temps après la survenue de l'évènement. Une analyse plus détaillée et l'observation des effets sur l'usagère et l'usager sont souvent nécessaires afin de préciser la nature exacte de ce qui s'est passé et les moyens à mettre en place pour contrer les conséquences ou pour éviter la récurrence.

INDICATEURS 4 ET 6

Les établissements ont jusqu'au 30 juin 2015 pour transmettre leur rapport annuel de gestion. Par la suite, l'analyse du contenu de ces rapports permet de faire ressortir les données recherchées pour ces indicateurs.

INDICATEUR 5

L'achèvement du bilan annuel aux fins de la reddition de comptes régionale est un exercice ardu pour les établissements. À cet égard, certaines réalités locales avaient une incidence sur des données : des établissements priorisaient la formation pour les préposés aux bénéficiaires, d'autres ne comptabilisaient pas la formation donnée aux médecins résidents alors que d'autres oui, la formation Oméga était considérée dans les données de certains établissements, des établissements ne tenaient pas dans leurs systèmes informatiques la formation donnée aux médecins, etc. Étant donné la présence de nombreux facteurs affectant la validité des données, la consigne pour compléter le bilan annuel a été revue en juillet 2014 en collaboration avec un établissement.

Ce contexte particulier a été porté à l'attention de la Table régionale qualité (TRQ), composée des directeurs et des directrices qualité des établissements. Additionné au fait que la diffusion de cette formation n'était plus une priorité ministérielle depuis quelques années, les membres de la TRQ ont convenu de retirer cette attente administrative de la reddition de comptes régionale.

Ce retrait ne signifie pas pour autant que les établissements peuvent abandonner l'évaluation et le suivi des mesures de contrôle; à l'article 118.1 de la LSSSS et selon le 6e principe des orientations ministérielles, il revient au conseil d'administration de chaque établissement d'effectuer une évaluation et un suivi des mesures de contrôle.

Les établissements de la région ont dès lors manifesté l'intérêt de développer une grille d'analyse pour évaluer l'application des mesures de contention dans la conformité du protocole d'application des mesures de contrôle. Pour ce faire, l'Estrie a sollicité d'autres régions dans le but de s'inspirer de leurs pratiques et diverses grilles d'analyse ont été transmises. Les établissements de la région estrienne ont maintenant en leur possession des outils pour optimiser leurs façons de faire.

> OBJECTIF

Délivrer un certificat de conformité à toutes les résidences pour personnes âgées (RPA) de l'Estrie.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de résidences certifiées	97 %	100 %	95,5 %

COMMENTAIRE

Au 31 mars 2015, l'Estrie comptait 98 résidences privées pour aînés. Le processus de certification est le suivant :

- Résidences certifiées : 68;
- Résidences en renouvellement : 29;
- Dossier à l'étude : 1.

> OBJECTIF

S'assurer du respect des critères sociosanitaires énoncés au *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés.*

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Mise en œuvre du processus d'intégration des modifications à la LSSSS pour resserrer la certification (projet de loi n° 16)	Processus implanté	Réalisé	Processus implanté
2	Nombre de rencontres d'information réalisées dans les territoires auprès des propriétaires de résidences privées pour aînés	17	Réalisé	8

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
3	Nombre de préposés inscrits à la formation obligatoire (environ 1 050 préposés en poste en Estrie - 600 à inscrire)	n. d.	600 préposés formés	Nombre d'employés inscrits au portail FORMAREZ : 1 252 • En formation : 808 • Exemptés DEP complété : 215 • Exemptés 5 000 heures d'expérience : 229
4	Toutes les RPA doivent signer des ententes RPA-CSSS en vertu de l'article 39 du Règlement	n. d.	100 %	Aucune entente signée
5	Nombre de certificats renouvelés dans les délais	n. d.	100 %	100 % des RPA accompagnées et 80 % des certificats renouvelés dans les délais

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Le maintien des critères et des normes de certification nécessite un suivi régulier qui se traduit notamment par des visites de soutien et d'accompagnement de l'Agence. Pour l'année 2014-2015, cela représente plus de 80 rencontres individuelles dans les résidences privées pour aînés.

De plus, l'Agence a effectué une quinzaine de visites d'inspection en vertu de l'article 346.0.8 pour s'assurer du respect de la nouvelle réglementation.

INDICATEUR 2

Afin d'assurer le maintien et la mise en place du nouveau Règlement sur la certification, huit rencontres ont été réalisées pour informer les exploitants de la procédure relative à la déclaration et à la recherche des antécédents judiciaires du personnel et des bénévoles.

D'autres rencontres sont à prévoir pour l'année 2015-2016 pour la signature d'ententes de collaboration entre chacune des résidences et le CIUSSS de l'Estrie - CHUS : protocole d'entente entre une résidence privée pour aînés et le CSSS de son territoire.

INDICATEUR 3

La formation « Assistance aux personnes en résidences privées pour aînés » (APRPA) a débuté à l'été 2014.

Il s'agit d'un critère de certification qui répond à l'obligation pour les exploitants d'avoir à leur emploi des préposés formés (a. 23).

Voici le portrait, au 31 mars 2015, en Estrie :

Commissions scolaires impliquées : 3

- Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke (incluant la Commission scolaire des Sommets)
- Commission scolaire des Hauts-Cantons
- Commission scolaire Eastern Townships

Nombre de formateurs : 8

Nombre d'animateurs-coachs formés : 35

Nombre de cohortes en cours : 24

- Manière traditionnelle : 9
- Avec les trousses FORMAREZ
- En résidence avec un animateur-coach : 15

Nombre d'employés inscrits au portail FORMAREZ : 1252

- En formation : 808
- Exemptés DEP complété : 215

Exemptés 5 000 heures d'expérience : 229

INDICATEUR 4

Au cours de l'année 2014-2015, le MSSS n'a pas transmis l'entente modèle pour que l'Agence puisse débuter la formation auprès des CSSS et des RPA.

INDICATEUR 5

Pour l'année 2014-2015, 35 rapports de visites de conformité ont été traités à l'Agence.

- Les certificats ont été renouvelés pour 28 résidences
- Les suivis sont en cours pour 7 résidences

> OBJECTIF

Mettre en place le processus de certification des ressources intervenant en toxicomanie et dans les autres secteurs selon la règlementation découlant du projet de loi n° 56.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de ressources certifiées selon le projet de loi n° 56	100 %	100 % des ressources	100 %

COMMENTAIRES

Divers évènements ont souligné l'année 2014-2015 en certification. D'abord, deux ressources ont fermé leurs portes : la Maison d'accueil l'Estime et le Manoir de Novo. La fermeture de la Maison d'accueil l'Estime a eu lieu le 6 juin 2014 à la suite d'une décision de l'Agence de ne pas renouveler le certificat de conformité, décision approuvée par le Tribunal administratif du Québec (TAQ) le 26 mai de la même année. Quant au Manoir de Novo, il a fermé ses portes le 25 avril 2014 faute de budget pour maintenir les conditions de certification prescrites au Règlement.

Dans un deuxième temps, plusieurs demandes de renouvellement de certificats ont été déposées à l'Agence en 2014-2015. Six ressources ont donc bénéficié du soutien de l'équipe de certification en vue de préparer la documentation requise pour la visite d'évaluation de conformité du Conseil québécois d'agrément (CQA). Au 31 mars 2015, quatre ressources ont été visitées et une a été renouvelée, donc trois rapports de visite sont attendus. Aussi, deux visites sont prévues en avril et septembre 2015.

Puis, en octobre 2014, quatre ressources ont reçu la visite de la responsable de la certification de l'Agence. Cette « Tournée des ressources », qui n'était pas une inspection, avait pour but de visiter les organismes et leurs installations, d'échanger sur leur rapport de visite de maintien des conditions effectuée par le CQA et de répondre à toute question relative aux normes du Règlement.

Comme autre évènement ayant marqué l'année 2014-2015, soulignons l'invitation reçue par une enseignante à l'éducation des adultes en milieu carcéral du Centre Saint-Michel (Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke). L'Agence a collaboré, par la présence de la responsable de la certification, à une portion du cours « Prévention des dépendances » afin d'aller présenter aux étudiants du Centre de détention de Sherbrooke les normes exigées aux maisons de thérapie pour l'obtention et le maintien de la certification. Les exposés étaient accompagnés des exercices « Si j'étais inspecteur » et « La maison de thérapie idéale ». Au 31 mars 2015, cinq présentations ont eu lieu et ont permis de rejoindre 75 étudiants.

Pour terminer, la mise à jour annuelle du registre des ressources sur le territoire de l'Estrie permet maintenant de dénombrer 445 places disponibles.

Voici les services offerts sur le territoire répartis entre les 10 ressources :

- Thérapie : 8
- Réinsertion sociale : 3
- Traitement de substitution (méthadone) : 1
- Aide et soutien à la désintoxication : 2

2.2 ENJEU 2

LA MAXIMISATION DE NOTRE CAPACITÉ D'ATTRACTION, DE RÉTENTION ET D'ADAPTATION À L'ÉVOLUTION DE LA PÉNURIE ACTUELLE ET APPRÉHENDÉE EN RESSOURCES HUMAINES, DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

L'année 2014-2015 s'est amorcée par une réflexion des membres de la Table régionale des ressources humaines (TRRH) sur la révision du fonctionnement de la TRRH, l'élaboration de la *Planification stratégique régionale 2015-2020* et les négociations en vue du renouvellement des conventions collectives.

Trois enjeux sont ressortis de ces discussions et des actions ont été réalisées en ce sens au cours de la dernière année :

- La poursuite du développement du partenariat patronal-syndical, considérant les chantiers d'optimisation en cours, la reconfiguration du réseau des établissements estriens, les démarches d'amélioration de la performance régionale;
- L'attraction et la rétention de la main-d'œuvre, par l'utilisation optimale des ressources humaines dans les établissements, le partage de l'expertise et l'analyse régionale des mouvements de main-d'œuvre;
- Le virage sur le développement des compétences du personnel, par le partage d'une vision régionale commune, le transfert des connaissances et de l'expertise, et la mise en place d'une plateforme permettant l'utilisation des nouvelles technologies.

Le dépôt du projet de loi n°10 *visant à modifier l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* a eu un impact sur l'avancement de certains de ces travaux.

Par contre, c'est avec beaucoup d'admiration que j'ai pu apprécier la mobilisation des membres de la TRRH au cours de cette période de transition vers une importante transformation.

À travers l'ambiguïté et l'insécurité, ils se sont épaulés, respectés, écoutés, afin de donner un sens aux actions à poser et faire en sorte que les ressources humaines du réseau estrien soient une préoccupation constante, ceci afin que les personnes continuent de recevoir des soins ou services de grande qualité.

Nathalie Léonard

M^me^ Nathalie Léonard
Directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

2.2.1 AUGMENTER LE POUVOIR D'ATTRACTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

> OBJECTIF

Valoriser le secteur de la santé et des services sociaux, de ses établissements et de ses professions et métiers.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Programme de valorisation implanté	Réalisé	Réaliser un deuxième projet ambassadeur et un deuxième projet *Jeunes explorateurs d'un jour*	Une activité réalisée

COMMENTAIRES

Le projet *Jeunes explorateurs d'un jour* a eu lieu le 10 avril 2014 dans 4 établissements de santé et de services sociaux de la région. Quarante élèves de 4e et de 5e secondaires, ainsi que du collégial, ont réalisé un stage d'un jour dans les domaines suivants : orthophonie, secrétariat médical, éducation spécialisée, travail social, nutrition, ergothérapie, soins infirmiers, pharmacie, physiothérapie, soins d'assistance, laboratoire médical, génie électronique, technologie médicale, imagerie médicale, réadaptation physique, psychoéducation, oncologie, gestion et psychologie.

En raison du contexte du projet de loi n° 10 et de la difficulté des établissements à libérer leurs ressources, la Table régionale des ressources humaines a préféré ne pas entreprendre d'autres activités « ambassadeurs » cette année, mais plutôt d'augmenter le nombre de stages d'un jour réalisés pour la prochaine édition *Jeunes explorateurs d'un jour*.

> OBJECTIF

Développer une stratégie pour faire connaître le réseau estrien avec d'autres partenaires, notamment en utilisant les médias sociaux.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage d'atteinte des activités reliées au plan de communication	100 %	s. o.	Réalisé
2	Participation à des salons pour l'attraction de la main-d'œuvre	Réalisé	3 salons pour l'attraction de la main-d'œuvre	2 salons ont été réalisés

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

La campagne L'Estrie t'applaudit s'est terminée en 2013-2014, mais la promotion du site Web L'Estrie t'applaudit s'est poursuivie encore cette année.

INDICATEUR 2

Le Salon des employeurs en santé et services sociaux a eu lieu le 21 octobre 2014 au Grand Times Hôtel de Sherbrooke. Les finissants de seize programmes d'études ciblés (niveaux professionnel, collégial et universitaire) ont rencontré les employeurs du réseau dans l'objectif d'obtenir un emploi à la fin de leur programme d'études.

Le Salon des emplois d'été en santé et services sociaux a eu lieu le 2 février 2015 à l'Agence. Les étudiants de quatorze programmes d'études ciblés (niveaux professionnel, collégial et universitaire) ont rencontré les employeurs du réseau dans l'objectif d'obtenir un emploi d'été durant leurs études.

Cette année, nous n'avons pas participé à un 3e salon à l'extérieur de la région, car notre expérience de l'année dernière nous a démontré que nous y faisions peu de gains d'embauche. Aussi, avec le contexte du projet de loi 10, nous avons choisi de nous en tenir à deux salons cette année.

> OBJECTIF

Diversifier le bassin de main-d'œuvre potentielle.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de programmes implantés (clientèle immigrante, personnes handicapées)	Non réalisé	Former une cohorte du programme mixte - Actualisation professionnelle en soins infirmiers et Intégration à la profession d'infirmière au Québec et une cohorte du programme Intégration à la profession d'inhalothérapeute (clientèle immigrante)	Non réalisé

COMMENTAIRE

Il avait été convenu en 2013-2014 de reporter cet objectif et de réévaluer sa pertinence concernant les actions à entreprendre dans le nouveau plan stratégique 2015-2020.

> OBJECTIF

Définir des stratégies de recrutement régional.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de nouvelles stratégies de recrutement mises en place	Non réalisé Réalisé	Réaliser le projet Tournée des classes en tandem RH/ ambassadeurs dans les CFP, cégeps et universités de la région	Une stratégie réalisée

COMMENTAIRE

Avec le contexte de réorganisation du réseau occasionné par le projet de loi 10, la pertinence de poursuivre ces projets a été remise en question cette année.

> OBJECTIF

Soutenir la préparation à l'emploi.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Établir le nombre d'étudiantes et d'étudiants embauchés l'été	Réalisé	Augmenter de 3 % le nombre d'étudiantes et d'étudiants embauchés depuis 2013	n. d.
2	Nombre de stagiaires reçus en établissement	Non réalisé	Augmenter de 3 % le nombre de stagiaires reçus depuis 2013	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Lors du Salon des emplois d'été en santé et services sociaux, une personne-ressource a donné des conseils aux étudiantes et aux étudiants sur la rédaction du curriculum vitæ et sur la préparation aux entrevues d'embauche. Le recrutement des étudiants à la recherche d'emplois d'été d'externes en soins infirmiers, en inhalothérapie et en technologies d'analyses biomédicales a débuté à l'automne 2015 (dès le 21 octobre). Le nombre d'embauches pour les emplois d'été dans le réseau sera connu en juin 2015.

INDICATEUR 2

Le système Web de gestion des stages HSPnet ne nous permet pas encore de connaître avec exactitude le nombre de stagiaires reçus dans nos établissements. Toutefois, nous constatons que le nombre d'admissions dans plusieurs programmes d'études en santé et services sociaux a augmenté durant les dernières années; le réseau a été en mesure de répondre à la demande des maisons d'enseignement en matière de stages.

2.2.2 SOUTENIR LES PROCESSUS DE RECRUTEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

> OBJECTIF

Mettre en valeur un processus de recrutement efficace et efficient.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Confirmer à l'Agence que la structure des postes est validée et à jour, tel que prévu au cadre normatif ministériel (GPMO). Confirmation par le biais d'une lettre signée par la direction générale	86,6 % (13/15)	Fin de l'utilisation de l'indicateur ADM-RH-07	Engagement retiré en 2014-2015
2	Soutien aux CSSS pour le recrutement des ressources nécessaires pour le développement annoncé en SAPA	Réalisé	s. o.	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Engagement retiré en 2014-2015.

INDICATEUR 2

Cet engagement est réalisé depuis 2012-2013.

> OBJECTIF

Actualiser le plan de main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage des mesures réalisées	100 %	100 % des actions de l'an 3 du Plan PMO 2012-2015 réalisées	100 % des actions du plan PMO réalisées

COMMENTAIRES

L'ensemble des actions planifiées par la TRRH pour l'an 3 a été réalisé, dont, entre autres :

- Mise à jour du portrait régional de main-d'œuvre.
- Poursuite du partenariat éducation – santé et services sociaux.
- Mise en place périodique du programme d'études Actualisation professionnelle en soins infirmiers et Intégration à la profession d'infirmière au Québec.
- Réalisation de salons de recrutement pour les finissantes, les finissants, les étudiantes et les étudiants des domaines d'études ciblés.

2.2.3 ACCROÎTRE LE TAUX DE RÉTENTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS L'ENSEMBLE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

> OBJECTIF

Soutenir les établissements quant aux pratiques favorisant la rétention de la main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de processus d'accueil et d'intégration en vigueur	Non réalisé	Exporter le Programme d'accueil et d'intégration développé dans le cadre du POT MOI-TS (PAB) à d'autres titres d'emploi	Non réalisé

COMMENTAIRE

Cet engagement n'a pas été priorisé par la TRRH pour l'année 2014-2015. Cependant, dans le cadre d'un projet d'organisation du travail pour le personnel œuvrant auprès de la clientèle présentant des troubles graves du comportement, les établissements participants ont élaboré un programme d'accueil et d'intégration afin d'améliorer la rétention du personnel visé.

> OBJECTIF

Mettre en commun et développer des outils pour travailler à l'organisation du travail et partager les pratiques porteuses.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de projets de réorganisation du travail réalisé	7/7	Réalisation des projets accordés à l'Estrie par le MSSS	7/7

COMMENTAIRE

Les projets d'organisation du travail en CHSLD des sept CSSS de la région ont été finalisés comme prévu au cours de l'année 2011-2012.

> OBJECTIF

Favoriser le développement en réseau de la transformation de l'organisation du travail.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de projets transformation de l'organisation du travail (TOT) réalisés	Réalisé	Aucun	Réalisé

COMMENTAIRE

Les deux projets ont été finalisés en 2012-2013.

> OBJECTIF

Travailler à l'organisation optimale du travail du personnel infirmier et des autres titres d'emploi en pénurie, notamment par des pratiques novatrices.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage des établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	100 % (13/13) *Note : Incluant l'Agence*	100 % (13/13) *Note : Incluant l'Agence*	100 % (13/13) *Note : Incluant l'Agence*
2	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat	100 %	100 %	100 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'ensemble des établissements avait réalisé au moins un projet de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.

INDICATEUR 2

L'ensemble des établissements a actualisé les mesures mises en place dans le cadre du Programme de soutien clinique – Volet préceptorat.

> OBJECTIF

Réduire de 10 % le temps travaillé en heures supplémentaires, de 25 % le recours en heures travaillées en soins infirmiers par de la main-d'œuvre indépendante (MOI) et de 7,1 % le ratio des heures en assurance salaire.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier	P12 = 35 %	100 %	40 %
2	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières, les infirmiers et par l'ensemble du personnel du réseau	P12 = 5,34 % (inf.) P12 = 3,09 % (réseau)	< 4,27 % (inf.) < 2,47 % (réseau)	5,17 % (inf.) 2,98 % (réseau)
3	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	P12 = 75 %	100 %	70 %
4	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers	P12 = 0,19 % (inf.) P12 = 0,24 % (inf. aux.) P12 = 0,06 % (PAB) P12 = 0,00 % (inh.)	< 0,32 % (inf.) < 0,25 % (inf. aux.) < 0,01 % (PAB) 0 % (inh.)	0,24 % (inf.) 0,10 % (inf. aux.) 0,08 % (PAB) 0 % (inh.)
5	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	P12 = 5,87 %	< 5,04 %	P12 = 6,36 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

La situation s'explique en partie par la pénurie chronique de main-d'œuvre en soins infirmiers, l'accélération des départs à la retraite, une hausse de l'assurance salaire et des absences dans des secteurs d'activités critiques et spécialisés présentant des défis de remplacement. Afin de pallier la situation, le CSSS du Granit s'est doté d'un plan de suivi et de redressement du temps supplémentaire et le CSSS de la MRC-de-Coaticook a converti des heures de remplacement en postes stables. Enfin, malgré le fait que la cible n'a pas été atteinte, on constate une amélioration des résultats dans huit établissements sur dix.

INDICATEUR 2

- (Inf.) Seulement quatre établissements sur dix ont atteint leur cible locale et la cible régionale n'a pas été atteinte cette année. Nous nous situons au 10e rang sur 15 régions, mais nous constatons une légère amélioration (3,29 %) de la situation par rapport à 2013-2014.

- (Réseau) Trois établissements sur dix ont atteint leur cible et la cible régionale n'a pas été atteinte. Nous nous maintenons au 7e rang sur 15 régions, mais nous constatons une amélioration de 3,69 % par rapport à 2013-2014.

INDICATEUR 3

La situation est principalement attribuable à la hausse de l'assurance salaire et des absences dans des secteurs d'activités spécialisés, présentant des défis de remplacement. Bien que le recours à la main-d'œuvre indépendante ne soit pas souhaitable, cela s'est avéré nécessaire afin d'éviter des bris de services et l'épuisement des ressources en place. Afin de pallier la situation, le CSSS de la MRC-de-Coaticook a converti des heures de remplacement en postes stables et des établissements évaluent d'autres mesures structurantes pour répondre aux besoins et défis de main-d'œuvre en soins infirmiers.

INDICATEUR 4

- (Inf. et inf. aux.) Sept établissements sur dix ont atteint leur cible et globalement, la cible régionale est atteinte pour cet indicateur.

- (PAB) Six établissements sur dix ont atteint leur cible et, globalement, la cible régionale n'a pas été atteinte. Toutefois, par rapport aux autres régions, nous occupons le 4e rang sur 15 régions.

- (Inh.) Comme l'année dernière, les établissements de l'Estrie n'ont pas eu recours au temps supplémentaire pour les inhalothérapeutes, ce qui nous place au premier rang sur 15 régions. Il faut mentionner que ce titre d'emploi n'était pas en pénurie au cours des dernières années.

INDICATEUR 5

À la période 12 (P12), seulement un établissement sur treize est en voie d'atteindre sa cible locale et la cible régionale n'est pas en voie d'être atteinte. La situation est en recul par rapport à 2013-2014, car nous occupons le 7e rang sur 15 régions, alors que nous occupions le 3e rang l'année dernière.

2.2.4 POSITIONNER LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES AUPRÈS DES EMPLOYEURS, DES EMPLOYÉS ET DES EMPLOYÉES DU SECTEUR, COMME SOURCE PRIVILÉGIÉE DE MOTIVATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET D'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS

> OBJECTIF

Soutenir la mise en place de nouvelles pratiques et les activités en lien avec la planification de la main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage des agents multiplicateurs formés par CSSS (sept) (équipes de soins en OT-CHSLD et gestionnaires (étape J))	100 %	s. o.	100 %

COMMENTAIRE

Cette activité de formation a été réalisée en 2012-2013.

> OBJECTIF

S'assurer de la qualité des services de développement des compétences en termes de transfert des acquis et d'atteinte des objectifs visés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1 Nombre d'activités utilisant une formule renouvelée incluant les meilleures pratiques dans la programmation annuelle réseau (nouvelles stratégies, technologies et modes d'apprentissages)	Non réalisé	20 %	Non réalisé

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
2	Pourcentage des personnes formées satisfaites	96,9 %	Plus de 90 %	95,7 %
3	Pourcentage de l'atteinte des objectifs de formation	95,6 %	Plus de 90 %	93,7 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Il a été décidé de reporter cet engagement, car un cadre de référence régional, intitulé « De la gestion des compétences vers une gestion optimale de la formation pour un transfert des apprentissages réussi », doit être développé au préalable. La pertinence de cet engagement sera réévaluée dans le contexte du nouveau plan stratégique 2015-2020.

INDICATEUR 2

Des évaluations formelles des formations sont faites systématiquement et des actions sont prises si le taux de satisfaction est inférieur à 90 %. Pour l'année 2014-2015, le résultat est atteint et même supérieur à l'engagement visé.

INDICATEUR 3

Des évaluations formelles des formations sont faites systématiquement et des actions sont prises si le taux de satisfaction est inférieur à 90 %. Pour l'année 2014-2015, le résultat est atteint et même supérieur à l'engagement visé.

> OBJECTIF

Mettre en œuvre un processus structuré et convenu pour la planification, la priorisation et la coordination des activités de développement des compétences réseau.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre de plans régionaux de formation (PRF) adoptés par les comités directeurs régionaux	5	6	6
2	Nombre d'activités de formation liées aux nouvelles approches et aux nouvelles pratiques dans les PRF	Non réalisé	20 %	Non réalisé
3	Nombre de plans de développement des ressources humaines (PDRH) pour les organismes communautaires tenant compte des nouvelles réalités du réseau et adopté par les instances décisionnelles	Un PDRH adopté	Un PDRH annuel adopté	Un PDRH adopté
4	Bilan de mise en œuvre incluant un volet sur la coordination du processus implanté avec celui du cadre de gestion régional déposé	Réalisé	Dépôt d'un bilan via l'approche LEAN (UQTR)	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

À ce jour, six PRF ont été adoptés par les comités directeurs concernés, soit dans les programmes suivants :
1) DI-TED, 2) DP, 3) JED, 4) SAPA, 5) SM et 6) DEP.
Dans ce contexte, l'engagement 2014-2015 est atteint. Le PRF en cours pour l'engagement 2015-2016 est le PRF-Services généraux.

INDICATEUR 2

Il a été décidé de reporter cet engagement, car un cadre de référence régional, intitulé *De la gestion des compétences vers une gestion optimale de la formation pour un transfert des apprentissages réussi*, doit être développé au préalable. La pertinence de cet engagement sera réévaluée dans le contexte du nouveau plan stratégique 2015-2020.

INDICATEUR 3

Les membres du Comité régional de développement des ressources humaines des organismes communautaires ont recommandé l'adoption de la mise à jour du Plan régional de développement des ressources humaines des organismes communautaires (PRDRH-OC) le 26 mars 2014.

INDICATEUR 4

Le processus a été révisé et de nouveaux outils facilitant le travail du personnel professionnel de l'Agence ont été développés afin d'augmenter son efficacité et la qualité des informations fournies.

2.2.5 BONIFIER LA PROGRAMMATION DES ACTIVITÉS DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN FONCTION DES BESOINS SPÉCIFIQUES DES ÉTABLISSEMENTS

> OBJECTIF

Adapter les activités en développement des compétences en fonction des besoins du secteur de la santé et des services sociaux, de la région des établissements.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre de nouvelles cohortes mises en place (microprogrammes)	1 1 0	3 cohortes : - Lean (Université du Québec à Trois-Rivières [UQTR]) - Premier cycle (Université Laval) - Deuxième cycle (Université Laval)	1 0 1
2	Nombre de nouveaux cadres et relèves inscrits (microprogrammes)	22 25 0	1 cohorte de 25 personnes Lean (UQTR) 25 personnes au premier cycle (Université Laval) 25 personnes au deuxième cycle (Université Laval)	11 0 40
3	Nombre d'activités de formation diffusées pour le développement du personnel d'encadrement	Réalisé	1 activité régionale	2 activités régionales réalisées

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

En Estrie, 2 cohortes ont été mises en place soit :

- UQTR-LEAN, Formation sur mesure : La gestion de la performance appliquée au système de la santé et des services sociaux (départ de la cohorte IV- janvier 2015).
- Université Laval, Programme de deuxième cycle en développement des organisations (départ du groupe automne 2014).

Note : Par manque d'inscriptions, aucune cohorte dans le cadre du programme de deuxième cycle en développement des organisations (Université Laval) n'a été démarrée.

INDICATEUR 2

- UQTR-LEAN : Ce programme offre une formation spécialisée de 2e cycle en génie industriel à des gestionnaires en exercice afin d'acquérir des connaissances et des compétences pour appliquer la méthodologie LEAN dans leur milieu de travail. De plus, un séminaire s'est tenu le 6 juin 2014 où près de 70 cadres du réseau ont pu apprécier vingt et un projets effectués dans les établissements estriens.
- Université Laval, programme de 1er cycle. Par manque d'inscriptions, aucune cohorte n'a été démarrée.
- Université Laval, programme de 2e cycle. Répartition des 40 personnes inscrites : 23 relèves et 17 cadres.

INDICATEUR 3

Dans le cadre des rendez-vous du personnel d'encadrement, deux activités régionales de formation ont été tenue les 19 juin et 3 décembre 2014. L'activité de ressourcement et de réseautage du mois de juin avait pour conférencier M. Mario Cantin (vice-président régional Laval et Rive-Nord à la Banque Nationale du Canada) et la thématique était « La voie de la réussite : de la persévérance au dépassement de soi ». Cette activité appréciée, dans un contexte de mouvance, s'est déroulée au Cep d'Argent en présence de près de 90 personnes. La deuxième activité régionale de formation a été tenue le 3 décembre 2014 et elle avait comme thématique, en première partie, « Nos acquis, nos défis! » en présence de Mme Johanne Turgeon, PDG de l'Agence. En deuxième partie, « Deux alliés pour relever le défi du changement : l'esprit ouvert et le cœur ouvert », en présence de M. Mario Cayer, Ph. D. et directeur du programme « Complexité, conscience et gestion » à la Faculté des sciences de l'administration à l'Université Laval. Cent quatre-vingt-deux personnes ont assisté à cette activité (parties 1 et 2). En troisième partie du rendez-vous des cadres et avec la collaboration de l'Université Laval, 51 personnes ont reçu un diplôme : 29 pour le microprogramme de deuxième cycle, 3 diplômes d'études supérieures spécialisées et 19 diplômes de maîtrise dans le cadre du microprogramme de formation sur mesure de deuxième cycle en développement des organisations.

2.2.6 DÉVELOPPER UNE IMAGE DE MARQUE ET D'EMPLOYEURS DE CHOIX DANS NOTRE RÉGION AUX YEUX DES CANDIDATS ET DES CANDIDATES, AINSI QUE DU PERSONNEL

> OBJECTIF

Promouvoir le réseau estrien et son offre de services de santé et de services sociaux.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Plan régional de promotion de la région mis en place	Réalisé	Participation à la campagne régionale Coup de cœur Estrie.com	Réalisé

COMMENTAIRE

Le réseau est un partenaire privilégié de Coup de cœur Estrie. Les établissements de la région sont affichés comme employeur sur le site Web.

> OBJECTIF

Développer un partenariat avec l'ensemble du milieu de l'éducation en Estrie (universités, collèges, centres de formation professionnelle, commissions scolaires, etc.) pour faire place à l'ensemble de nos besoins de main-d'œuvre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Structure de concertation et de gouverne en place	Réalisé	Poursuite de la concertation mise en place	Réalisé

COMMENTAIRES

Une structure régionale de concertation et de gouverne est bien établie et le partenariat avec le milieu de l'éducation s'est poursuivi cette année. La Table de concertation éducation-santé et services sociaux s'est rencontrée à quelques reprises cette année. Des projets et actions avec les maisons d'enseignement de la région ont eu lieu, par exemple :

- un partenariat continu afin d'optimiser le nombre de places de stage disponibles pour les étudiantes et les étudiants de l'Estrie par l'entremise des comités régionaux et opérationnels des stages;
- une cohorte du programme mixte d'actualisation et d'intégration à l'attention des infirmières formées au Québec et hors Québec a été formée;
- des stages d'un jour dans les établissements de la région pour les élèves de 4e et de 5e secondaires et du collégial;
- des salons de l'emploi s'adressant prioritairement aux finissants et aux étudiants de la région.

> OBJECTIF

Soutenir la mise en œuvre des programmes pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	25 % (3/12)	50 %	25 % (3/12)

COMMENTAIRES

Trois établissements publics sur douze sont accrédités par un programme reconnu, soit Entreprise en santé ou Planetree. Parmi ces douze établissements, neuf sont membres du Réseau Planetree Québec et poursuivent leurs démarches vers la reconnaissance ou une désignation.

2.2.7 MOBILISER L'ENSEMBLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUTOUR DU RÉSEAU ESTRIEN ET DES ENJEUX DE LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

> OBJECTIF

Renforcer l'implantation du secteur de la santé et des services sociaux pour faire face aux enjeux de planification de la main-d'œuvre.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage des établissements et de l'Agence ayant mis à jour annuellement un plan de main-d'œuvre	73 % (11/15)	100 %	93 % (14/15)
2	Réaliser annuellement un portrait régional de main-d'œuvre	Réalisé	Publier le portrait régional de main-d'œuvre	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'Agence s'assurera du respect des directives ministérielles auprès de l'établissement concerné.

INDICATEUR 2

Le Portrait régional de main-d'œuvre 2013-2014 (édition 2014) a été réalisé et publié sur le site Internet de l'Agence.

> OBJECTIF

Travailler en amont et en aval avec les maisons d'enseignement afin de créer un continuum de développement des compétences.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage de participation aux activités mises de l'avant par la Table estrienne de concertation formation emploi (TECFE)	s. o.	100 %	s. o.

COMMENTAIRE

La TECFE est coordonnée par le réseau de l'éducation. Nous n'avons pas été sollicités pour participer à des activités.

2.3 ENJEU 3

LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION PRÉVUES DANS LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007 ET DE SA MISE À JOUR EN 2010

La Direction de santé publique (DSP) de l'Estrie contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ainsi qu'à la réduction des inégalités sociales reliées à la santé, de concert avec les acteurs-clés de tous les secteurs.

L'année a été marquée par la tenue d'une vaste enquête de santé dont l'analyse a permis d'enrichir nos connaissances afin de mieux faire vivre l'approche populationnelle dans le réseau. Cela aidera à prioriser des thématiques à l'échelle des MRC. Également, nous avons poursuivi les efforts dans le plan de rétablissement à la suite de la tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic en intégrant davantage les préoccupations concernant la santé psychologique de la population.

Les efforts se poursuivent également dans la gestion des éclosions et des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Plusieurs de ces déclarations nécessitent de mener une enquête et des interventions tant préventives que de protection de la santé de la population, incluant les milieux de travail.

Dans le secteur de la prévention, la consolidation de la concertation avec nos multiples partenaires sectoriels et intersectoriels s'est poursuivie pour diverses thématiques, dont les tout-petits et les saines habitudes de vie, notamment dans les milieux de travail.

Les efforts vont s'accélérer tant dans le dossier de la vaccination que pour la santé sexuelle par la poursuite des actions prévues dans les plans d'action thématiques.

Mélissa Généreux

Dre Mélissa Généreux
Directrice de santé publique

2.3.1 ACCENTUER LES MESURES DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE ET DE PRÉVENTION PRIMAIRE DES MALADIES DANS TOUS LES DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

> OBJECTIF

Prévenir les problèmes liés au développement et à l'adaptation sociale à tout âge par les actions efficaces suivantes : les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, l'*Initiative des amis des bébés* (IAB), l'approche *École en santé*, le programme *Fluppy*, le soutien à la santé sexuelle des jeunes, la détection des problèmes de dépendance et de risque suicidaire.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage moyen d'implantation des activités du PNSP	88,3 %	85 %	89,2 %
2	Services intégrés en périnatalité pour la petite enfance (SIPPE) : Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivi dans les SIPPE	62,9 %	92 %	68,9 %
3	SIPPE : Proportion de femmes enceintes rejointes par le *Programme intégré 0-5 ans*	92,7 %	75 %	91,4 %
4	SIPPE : Proportion d'enfants rejoints par le *Programme intégré 0-5 ans*	113,1 %	75 %	106,7 %
5	Nombre moyen de visites à domicile par semaine – En prénatal *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014*	0,44	0,5	0,45
6	Nombre moyen de visites à domicile par semaine – 0 à 6 semaines *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014*	0,98	1	0,99

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
7	Nombre moyen de visites à domicile par semaine – 7 semaines à 12 mois *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	0,34	0,5	0,36
8	Nombre moyen de visites à domicile par semaine – 13 à 60 mois *Note : Indicateur ajouté en janvier 2014.*	0,28	0,25	0,30
9	IAB : Confirmer à l'Agence le dépôt d'une demande de préévaluation IAB auprès du Comité d'agrément IAB du MSSS	7/8	8/8	7/8
10	IAB : Confirmer à l'Agence le dépôt d'une demande d'évaluation IAB auprès du Comité d'agrément IAB du MSSS	6/8	8/8	7/8
11	IAB : Confirmer à l'Agence le dépôt d'une deuxième demande d'évaluation IAB auprès du Comité d'agrément IAB du MSSS	n. d.	2/2	0/2
12	*École en santé* : Proportion d'écoles qui implantent l'approche *École en santé*	60,9 %	Suivi	77,6 %
13	*Fluppy* : Proportion de classes de maternelle ciblées appliquant le programme de développement des habiletés sociales *Fluppy*	86/85	85/85	P13 : 84/85 Résultat final à venir P4 2015-2016
14	*Fluppy* : Nombre total d'enfants inscrits dans les classes de maternelle qui appliquent le programme *Fluppy*	1 534	Suivi	À venir P4 2015-2016

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
15	*Fluppy* : Nombre annuel moyen d'ateliers *Fluppy* réalisés par classe de maternelle	12	12 à 15	À venir P4 2015-2016
16	*Fluppy* : Nombre d'enfants participant au programme *Fluppy* en classe et bénéficiant du suivi intensif	119	170	P13 : 110 Résultat final P4 2015-2016
17	*Fluppy* : Nombre annuel moyen de visites par enfant bénéficiant d'un suivi intensif dans le cadre du programme *Fluppy*	8,9	12 à 15	P13 : 5,3 Résultat final P4 2015-2016
18	*Fluppy* : Proportion d'enfants bénéficiant du suivi intensif dans le cadre du programme *Fluppy* pour lesquels un plan d'intervention a été présenté	58,8 %	100 %	P13 : 64,5 % Résultat final P4 2015-2016
19	Nombre d'enfants en attente pour un service d'orthophonie en CSSS	462	Diminution	531
20	Délai moyen d'attente (en jours) pour les services d'orthophonie en première ligne offerts en CSSS	133,3	Diminution	131,5

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Tous les efforts ont été mis à consolider les acquis passés.

INDICATEUR 2

Il est à noter que le calcul de ce pourcentage est imparfait, étant donné que les paramètres du numérateur et ceux du dénominateur ne sont pas les mêmes :

- Le numérateur est constitué du nombre de femmes sous le seuil de faible revenu et sans diplôme d'études secondaires ou professionnelles ayant accouché en 2014-2015 et ayant été suivies dans les SIPPE;
- Le dénominateur (établi par le MSSS) est tiré du registre le plus récent des événements démographiques du Québec (fichiers fermés des naissances vivantes et des mortinaissances 2011-2012);

- Il n'est pas possible de considérer le nombre de femmes sous le seuil de faible revenu dans le dénominateur, ce dernier n'étant pas disponible dans les fichiers des naissances vivantes et des mortinaissances. Dans ces fichiers, l'information sur la scolarité est inscrite selon le nombre d'années.

Les données recueillies sur la clientèle rejointe permettent de nuancer ce résultat (R1.01.02.E).

INDICATEURS 3 ET 4

Le nombre et la proportion de femmes enceintes rejointes par le Programme intégré 0-5 ans dépassent l'engagement 2014-2015.

INDICATEURS 5-6-7-8

La cible est une augmentation progressive du nombre moyen de visites à domicile par semaine jusqu'à l'atteinte du nombre prescrit dans le cadre de référence des SIPPE. Les données pour l'année 2014-2015 indiquent que l'intensité des rencontres à domicile auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et de leur famille se maintient dans la région.

INDICATEUR 9

Tous les CSSS ont franchi avec succès l'étape de la préévaluation. Le CHUS n'a pas encore déposé sa demande de pré-évaluation auprès du Comité d'agrément IAB. Il a adopté sa politique d'allaitement en mars 2014 et travaille à sa mise en application pour ensuite être en mesure de demander la préévaluation.

INDICATEUR 10

Un septième CSSS, soit le CSSS du Haut-Saint-François, a déposé sa demande d'évaluation auprès du Comité d'agrément IAB. Il fera l'objet d'une visite d'évaluation externe à l'automne 2015. Le CHUS ne peut faire une demande d'évaluation, car il doit d'abord franchir l'étape de la préévaluation.

INDICATEUR 11

Les deux CSSS qui ont obtenu un certificat d'engagement IAB n'ont pas réussi à améliorer suffisamment les dix conditions de l'IAB pour demander une nouvelle évaluation auprès du Comité d'agrément IAB. Au CSSS-IUGS, cela est principalement dû à la difficulté à rejoindre les femmes enceintes pour les rencontres prénatales sur l'accueil du bébé et l'allaitement (condition 3). Au CSSS du Granit, c'est surtout la tragédie ferroviaire de Lac-Mégantic qui est venue ralentir le processus d'implantation de l'IAB.

INDICATEUR 12

La cible de 70 % est atteinte. L'implantation se poursuit avec une belle progression à l'échelle régionale, mais on remarque que la proportion d'écoles implantant l'approche École en santé a diminué dans certains territoires. Il faudra réfléchir à une stratégie pour susciter de nouvelles participations.

INDICATEUR 13

La cible est atteinte à 98,8 % (84/85 classes rejointes).

INDICATEUR 14

Il n'y a pas d'objectif relié à cet indicateur. Il est présent seulement à titre de suivi.

INDICATEUR 15

Entre douze et quinze ateliers sont prévus au cours de l'année scolaire. La fréquence attendue est aux deux semaines. Comparativement à la même période l'an passé, il est observé que le nombre moyen d'ateliers est en diminution, même si la cible est atteinte.

INDICATEUR 16

La cible pour cet indicateur n'est pas atteinte. Diverses raisons peuvent expliquer la situation; il est possible que la famille de l'enfant ciblé refuse le suivi intensif. Plusieurs familles anglophones refusent le service offert. Aussi, en milieu rural, et compte tenu du fait que les classes de maternelle sont moins nombreuses, il est plausible qu'il n'y ait qu'un seul enfant par classe qui puisse être ciblé.

INDICATEUR 17

Afin de rencontrer l'efficacité du programme, de douze à quinze visites doivent se réaliser au cours de l'année scolaire, soit une visite aux deux semaines. Bien que la cible ne soit pas atteinte, le nombre moyen d'ateliers continue d'augmenter. Les obstacles au suivi familial comprennent la possibilité que la famille de l'enfant ciblé abandonne le suivi en cours d'intervention ou que l'intervention se termine plus tôt que prévu pour des raisons spécifiques, ce qui peut diminuer la fréquence d'intervention.

INDICATEUR 18

On s'attend à ce que chaque enfant bénéficiant d'un suivi intensif ait un plan d'intervention. La cible de 100 % n'est pas atteinte. La donnée régionale est similaire à celle de l'an passé, soit 59 %.

INDICATEUR 19

Le nombre d'enfants en attente de service en orthophonie de première ligne reste préoccupant. Les travaux du sous-comité avaient pour objectif d'organiser une offre de service en la matière, laquelle serait concertée entre les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau scolaire, sont en cours.

INDICATEUR 20

Le délai d'accès aux services en orthophonie de première ligne reste préoccupant. Les travaux du sous-comité avaient pour objectif d'organiser une offre de service en la matière, laquelle serait concertée entre les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau scolaire, sont en cours.

> OBJECTIF

Augmenter la proportion de la population qui a de saines habitudes de vie par l'implantation et la consolidation de la programmation intégrée 0 • 5 • 30 COMBINAISON PRÉVENTION, comportant des actions environnementales et éducatives.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Identifier au moins deux actions pour soutenir les comités locaux dans la réalisation d'activités pour favoriser les saines habitudes de vie auprès de leur clientèle (Regroupements locaux de partenaires, comités locaux en prévention jeunesse, maisons des jeunes, autres)	Indicateur sera reconduit en 2014-2015	7/7	6/7
2	Transmettre à l'Agence le cadre logistique, portant sur les activités/programmes et les actions à réaliser par le CSSS dans le cadre du déploiement de la mise en œuvre du Programme intégré 0-5-30 CP, et ce, pour différents milieux (clinique, municipal, communautaire et associatif, travail, service de garde, scolaire)	n. d.	7/7	Cet indicateur a été retiré le 2 décembre 2014
3	Nombre de milieux (clinique, municipale, communautaire et associatif, travail, services de garde, scolaire) pour lesquels le CSSS procède à une démarche d'accompagnement structurée dans le cadre de la mise en œuvre du Programme 0-5-30 CP) La démarche d'accompagnement doit avoir franchi au moins une étape pour un nouveau milieu et au moins une étape supplémentaire pour des milieux connus	n. d.	23 milieux	20 milieux

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les CSSS ont poursuivi leurs actions intersectorielles bien qu'un certain ralentissement ait été noté en raison de la mouvance organisationnelle dans plusieurs milieux.

INDICATEUR 2

Cet indicateur a été retiré le 2 décembre 2014.

INDICATEUR 3

Les CSSS ont poursuivi leurs efforts intersectoriels malgré un certain ralentissement des activités en raison de la mouvance organisationnelle de plusieurs milieux.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence ou retarder l'apparition de certaines maladies chroniques ou certains facteurs de risque : problèmes buccodentaires, maladies cardiovasculaires, diabète, maladie pulmonaires obstructives chroniques, obésité, cancer du sein.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre d'enfants ayant bénéficié d'une application d'agent de scellement dentaire	1 779	1 680	1 935
2	Taux de participation au PQDCS	2012-2013 [du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013] : 63,8 %	Augmentation	2013-2014 [du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014] : 64,8 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les activités de santé dentaire du Programme national de santé publique 2003-2012, sa mise à jour 2008 et du Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012 (PASDP) ont comme objectifs de :

- augmenter la proportion de la population ayant de saines habitudes de vie favorables à la santé buccodentaire;
- réduire de 40 % le nombre moyen de faces dentaires cariées, absentes ou obturées chez les jeunes de moins de 18 ans;
- réduire la prévalence des maladies parodontales (gingivite et maladies parodontales destructives) chez les personnes âgées de 18 ans ou plus.

Durant l'année financière 2014-2015, en plus des nombreuses activités réalisées (dépistages, références, suivis individualisés, applications de fluorure, séances éducatives), 1 935 enfants de 5 à 15 ans ont bénéficié d'une application d'agent de scellement dentaire en milieu scolaire. Comparativement à l'année précédente, le nombre d'enfants ayant bénéficié d'une application d'agent de scellement a augmenté de 9,2 % passant de 1 779 à 1 935 enfants.

Quelques résultats en lien avec le plan d'action, année scolaire 2014-2015 :

- Nombre total d'écoles où le programme a été appliqué (105 écoles primaires, 7 écoles secondaires) : 112
- Nombre d'enfants ayant bénéficié d'un dépistage buccodentaire : 7 999
- Nombre d'enfants référés aux dentistes pour traitements curatifs : 743
- Nombre d'applications topiques de fluorure en milieu scolaire : 3 211
- Nombre d'activités éducatives individuelles : 3 195

- Nombre d'enfants ayant bénéficié d'une application d'agent de scellement dentaire : 1 935
- Nombre de dents scellées en milieu scolaire : 8 004
- Nombre de faces dentaires scellées : 12 313

À l'échelle nationale, la Direction de santé publique de l'Estrie a :

- participé aux travaux nationaux concernant la réalisation de formations en lien avec les critères d'évaluation de la qualité des agents de scellement dentaire en milieu scolaire;
- collaboré et réalisé des travaux dans le cadre de l'Étude clinique sur l'état de santé buccodentaire des élèves québécois du primaire.

À l'échelle régionale, la Direction de santé publique de l'Estrie a :

- soutenu les CSSS, conformément au PAR, dans la réalisation des activités du Plan d'action de santé dentaire publique, et plus particulièrement dans le déploiement de l'application des agents de scellement dentaire auprès des élèves de niveau secondaire;
- soutenu et accompagné la Ville de Richmond et le CSSS du Val-Saint-François dans la promotion de la fluoration des eaux de consommation de la Ville de Richmond.

INDICATEUR 2

Comparativement aux résultats observés en 2013-2014, une hausse du taux de participation est constatée en Estrie. Au début de l'année 2015, une campagne de promotion du dépistage par la mammographie s'est tenue dans la région alliant affiche, messages radiophoniques et publicité sur Facebook. Le mécanisme de suivi des femmes sans médecin de famille, assuré par des infirmières (à l'aide d'une ordonnance collective) et expérimenté au CSSS-IUGS, est à se mettre en place au CSSS de Memphrémagog. L'évaluation finale du projet de démonstration du Centre satellite de dépistage désignée du CHUS au CSSS du Granit a été réalisée proposant, entre autres, la continuité des services.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes non intentionnels : usage du réseau routier, conduite de véhicules hors route, traumatismes récréatifs et sportifs, chutes et blessures à domicile.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus en perte d'autonomie rejointe dans le cadre des services de soutien à domicile et ayant bénéficié d'une intervention pour la prévention des chutes	6,8 %	Suivi	6,6 %

COMMENTAIRES

Les chutes et leurs séquelles représentent un problème fréquent et grave pour les aînés puisqu'environ 30 % d'entre eux font au moins une chute par année et que pour plusieurs, elle est l'élément déclencheur de la perte d'autonomie. L'ampleur et la gravité du phénomène constituent un problème de santé publique important. La chute, un événement multifactoriel, est associée à un ou plusieurs facteurs de risque liés à la condition de l'individu, à ses comportements ainsi qu'à son environnement.

En Estrie, deux programmes de prévention des chutes sont offerts dans chacun des réseaux locaux de services :

- Le programme P.I.E.D., conçu pour être offert dans la communauté, est animé par des professionnels formés et qualifiés; 372 aînés ont participé aux douze semaines de ce programme offert près de leur milieu de vie.
- L'intervention multifactorielle personnalisée (IMP) est offerte par les CSSS à la clientèle SAPA. Six CSSS ont dépassé leur cible. Ainsi, ce sont 562 personnes qui ont reçu une évaluation des facteurs des risques suivants : capacité motrice, médicaments, environnement domiciliaire, malnutrition et hypotension orthostatique afin de bénéficier par la suite d'une intervention adaptée à leur condition.

L'implication du CSSS-IUGS de Sherbrooke a permis de mettre en place une offre permettant de répondre de façon plus adéquate aux besoins des aînés de son territoire. Un programme intermédiaire, mis en place en suivi au programme IMP ou pour la clientèle ne se qualifiant pas pour le programme P.I.E.D., a permis à 16 personnes de bénéficier des 36 semaines d'intervention. Cent quatre aînés supplémentaires ont eu la chance de participer au programme P.I.E.D.. Le programme Viactive est offert aux participants terminant le programme P.I.E.D. afin que ces derniers puissent conserver leur acquis et adoptent un mode de vie physiquement actif.

> OBJECTIF

Réduire la transmission des maladies infectieuses évitables par la vaccination, notamment par l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants de deux ans ou moins.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose du vaccin contre DCaT-Polio Hib dans les délais	National = 83,5 % dans les 2 semaines Régional = 94,2 % dans les 30 jours	National = 90 % dans les 2 semaines Régional = 95 % dans les 30 jours	National = 87,7 % dans les 2 semaines Régional = 94,7 % dans les 30 jours
2	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose du vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	National = 64 % dans les 2 semaines Régional = 81,5 % dans les 30 jours	National = 90 % dans les 2 semaines Régional = 95 % dans les 30 jours	National = 65,6 % dans les 2 semaines Régional = 83,3 % dans les 30 jours

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'amélioration des résultats pour cette cible passe par l'implantation des onze stratégies prévues dans le Plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans en Estrie. Ce plan d'action fait l'objet d'une évaluation formelle en cours.

Sur sept CSSS, quatre d'entre eux ont atteint la cible.

INDICATEUR 2

- Les variations entre les CSSS font que les résultats globaux demeurent comparables à ceux de l'an dernier. Aucun CSSS ne se rapproche de la cible.
- L'amélioration des résultats pour ces cibles passe par l'implantation des onze stratégies prévues dans le Plan d'action pour soutenir la vaccination des 0-2 ans en Estrie. Aucun CSSS n'atteint la cible même avec un délai supplémentaire à 30 jours. Cependant, les moyennes en Estrie se maintiennent ou sont en hausse pour six des sept CSSS, notamment pour l'indicateur régional, variant de 77,6 % à 92,2 % selon le CSSS.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence des ITSS.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Développer un plan d'action régional pour lutter contre les ITSS en Estrie	Plan d'action en élaboration, étape finale	Plan d'action développé et soumis au comité directeur du programme Santé publique	Plan d'action ITSS santé sexuelle adopté en février 2015
2	Nommer une personne répondante locale ITSS et transmettre à l'Agence son nom et ses coordonnées	Réalisé	Indicateur retiré en 2013-2014	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Plan d'action ITSS santé sexuelle adopté en février 2015. Un comité de mise en œuvre sera mis en place à l'automne 2015.

INDICATEUR 2

La concertation entre les différents acteurs est maintenue dans le dossier ITSS et santé sexuelle, cependant on note l'absence de la clinique de planning du CHUS.

> OBJECTIF

Réduire l'incidence, la modalité et la mortalité des maladies associées à des facteurs de risques environnementaux. Les priorités sont les problèmes de santé liés aux maladies d'origine hydrique ou à la qualité de l'air intérieur et extérieur, notamment l'exposition au monoxyde de carbone, au radon, à l'herbe à poux, aux rayons ultraviolets et aux événements climatiques extrêmes.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre d'arénas visités dans le cadre du plan d'action régional permettant de prévenir les intoxications chimiques dans les arénas	Démarche complétée en 2013	Aucun engagement : démarche complétée en 2013-2014	Aucune activité de prévention 2014-2015
2	Développement d'outils et de stratégies de communication du risque en lien avec la chaleur, adaptés à la clientèle avec troubles psychotiques	Atteint	Aucun engagement : démarche complétée en 2013-2014	Outils adaptés transmis via les intervenants qui œuvrent auprès de ces clientèles vulnérables
3	Nombre de municipalités impliquées dans la promotion du dépistage de l'arsenic dans les puits privés	Toutes les municipalités ont reçu des outils de sensibilisation : vingt-six d'entre elles ont utilisé ces outils et mené des actions concrètes	Suivi	Toutes les municipalités ont reçu à nouveau les outils de sensibilisation

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Démarche complétée en 2013. Aucune activité de prévention 2014-2015.

INDICATEUR 2

Outils développés et formation planifiée pour le printemps 2015.

INDICATEUR 3

Selon un sondage effectué auprès de l'ensemble des municipalités au printemps 2014, 19 municipalités sur les 42 ayant répondu au sondage envisageaient de faire la promotion de l'analyse de l'eau des puits individuels auprès de leurs citoyens en mettant en place une ou plusieurs actions.

La campagne de sensibilisation effectuée auprès des municipalités afin de les inciter à informer leurs citoyens quant à l'importance de faire analyser l'eau de leur puits a porté ses fruits. La cible fixée pour 2015, soit que 10 % des municipalités fassent la promotion des analyses d'eau a été atteinte. Cependant, afin de maintenir ou d'augmenter ce résultat, des relances devront être faites régulièrement à l'ensemble des municipalités. L'envoi d'un bilan des activités de sensibilisation et des résultats du sondage 2014 aux municipalités constitue ainsi un rappel pour l'année 2015.

> OBJECTIF

Réduire les problèmes attribuables à l'exposition à des agresseurs physiques, chimiques, biologiques, ergonomiques et aux autres facteurs de risque présents en milieu de travail, notamment l'exposition à la silice, à la fumée de caoutchouc, au bruit et aux contraintes musculosquelettiques.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
	Plusieurs indicateurs se retrouvent dans le *Cahier des charges 2014 du Programme des services de santé au travail*, en fonction des ententes spécifiques conclues entre l'Agence et la CSST régionale			
1	Nombre d'établissements où l'élaboration d'un programme de santé spécifique à l'établissement a été réalisée	29	32	31
2	Nombre d'établissements où une mise à jour du programme de santé spécifique à l'établissement a été réalisée	32	30	31

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Chaque année, un ordre de priorité des établissements est effectué en fonction des risques présents dans les entreprises des groupes prioritaires et des activités d'évaluation médicale et environnementale qui conduisent à l'élaboration et ainsi qu'à la mise en application du programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE).

INDICATEUR 2

Chaque année, un ordre de priorité des établissements est effectué en fonction des risques présents dans les entreprises des groupes prioritaires ainsi que du délai à respecter pour une mise à jour. À la suite d'activités d'évaluation médicale et environnementale, une mise à jour du PSSE est complétée, suivie d'une période de mise en application des plans d'action.

> OBJECTIF

Soutenir les milieux de travail dans la prise en charge de la santé et de la sécurité des travailleurs.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de milieux de travail ayant eu au moins une intervention de soutien à l'organisation de la santé et de la sécurité au travail	48	Augmentation	62

COMMENTAIRE

Les activités de soutien à la prise en charge des risques à la santé sont intégrées à l'intérieur des interventions régulières auprès des employeurs et des travailleurs.

2.3.2 UTILISER DES MÉTHODES ET DES STRATÉGIES EFFICACES POUR AGIR DANS LES DIFFÉRENTS DOMAINES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

> OBJECTIF

Contribuer à améliorer les saines habitudes de vie par des actions individuelles de counseling préventif et de dépistage, et ce, en complémentarité et en cohérence avec d'autres stratégies sur les déterminants de la santé.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre de fumeuses et de fumeurs ayant reçu des services de cessation dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT)	345	370	291
2	Nombre d'interventions de type counseling de longue durée réalisées en habitudes de vie (tabac, alimentation, activité physique)	Tabac : 749 Alimentation : 261 Activité physique : 172	Suivi	Tabac : 648 Alimentation : 100 Activité physique : 62

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

À première vue, il y a une baisse de fréquentation des CAT. L'écart est particulièrement important pour deux MRC dont une ayant eu un problème de saisie de données dans I-CLSC. En effet, à Sherbrooke, des rencontres de groupes auraient eu lieu depuis P7, mais ne sont pas indiquées. Par conséquent, nous ne pouvons pas tirer de conclusion n'ayant pas de données reflétant la réalité.

Par contre, il semble y avoir un écart important d'une MRC à l'autre, qui s'explique en partie par la façon d'interpeller les fumeurs. Au Granit par exemple, la cible fut dépassée en déployant des stratégies pour aller vers les fumeurs plutôt que de strictement répondre aux demandes entrantes.

Il est particulièrement remarquable que certaines MRC aient dépassé leur cible, et ce, malgré le travail considérable requis en maladie chronique, étant fait la plupart du temps par les mêmes infirmières. Cet aspect du travail a pu, par ailleurs, affecter le temps consacré aux CAT dans certains endroits.

INDICATEUR 2

Tabac - Après vérification, il semble que nous ne pouvons pas nous fier aux chiffres rapportés étant donné les problèmes de saisie de données; il sera donc difficile d'interpréter la situation.

Alimentation - L'évolution de ce type d'intervention sera à suivre, il ne tient pas compte des groupes et cette approche gagne en popularité d'autant plus que le programme de gestion et de prévention des maladies chroniques *Agir sur sa santé* changera le parcours de façon notable. Nous ne pouvons donc pas tirer de conclusion.

Activité physique - L'évolution de ce type d'intervention sera à suivre, il ne tient pas compte des groupes et cette approche gagne en popularité d'autant plus que le programme de gestion et de prévention des maladies chroniques *Agir sur sa santé* changera le parcours de façon notable. Nous ne pouvons donc pas tirer de conclusion.

> OBJECTIF

Systématiser, dans la pratique quotidienne, l'application des pratiques cliniques préventives par les médecins et les professionnels et professionnelles de la santé dans les CSSS.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Réaliser une enquête	Rapport final à venir	s. o.	Enquête terminée
2	Soutenir le développement des services préventifs dans le cadre de la prévention des maladies cardio-métaboliques	En cours	s. o.	En cours

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Des travaux supplémentaires ont été nécessaires pour consolider les analyses. Le rapport sera déposé en mai 2015.

INDICATEUR 2

Nous poursuivons notre collaboration au déploiement de la trajectoire de prévention et de gestion des maladies chroniques. Une subvention du MSSS de 540 000 $, pour deux ans, a été obtenue pour favoriser le déploiement dans les GMF et pour élaborer une trajectoire pour les maladies respiratoires.

> OBJECTIF

Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne en donnant la priorité aux PCP concernant les problèmes suivants : ITSS, habitudes de vie et maladies chroniques, chutes chez les personnes âgées et suicide.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Développer un portrait régional par une enquête	Rapport final à venir	s. o.	Rapport final à venir
2	Pourcentage des PCP prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	75 %	85 %	76,9 %

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

L'enquête et les analyses ont été produites, mais le rapport final n'a pas encore fait l'objet d'une diffusion.

INDICATEUR 2

Les efforts ont été concentrés à la consolidation de certaines PCP. Les autres seront déployés ultérieurement.

> OBJECTIFS

		RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
1	Promouvoir les actions permettant de réduire les inégalités sociales en collaboration avec l'Observatoire estrien en développement des communautés (OEDC)	Continu	
2	Soutenir les efforts des agents de développement locaux dans le développement des compétences des acteurs et le déploiement des meilleures pratiques en développement des communautés à l'échelle locale	Continu	
3	Soutenir la mise en place d'un système de surveillance territorial orienté vers l'action	Continu	
4	Renforcer la cohésion entre les activités en développement des communautés et les activités du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 Estrie (mise à jour 2010)	Continu	

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

La participation aux travaux du comité de soutien, à la CAR Solidarité (Conférence administrative régionale) ainsi qu'aux trois projets régionaux : préjugés à la pauvreté, sécurité alimentaire ainsi que le soutien aux tables locales, s'est poursuivie.

INDICATEUR 2

Pour une huitième année, l'animation du Comité d'avancement des pratiques de l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) a facilité la collaboration avec le coordonnateur pour le soutien de communautés de pratique des agentes et agents de développement.

INDICATEUR 3

La diffusion et l'appropriation des données du Tableau de bord via l'Observatoire estrien du développement des communautés (OEDC) se sont poursuivies en 2014-2015.

INDICATEUR 4

Les priorités de travail identifiées dans le Service prévention-promotion de la santé et dans la Planification stratégique de la Direction de santé publique de l'Estrie 2013-2015 favorisent le développement des communautés et la lutte contre les inégalités sociales de santé. Des démarches sont en cours pour intégrer les principes dans chaque projet ou dossier.

2.3.3 ASSURER LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE PAR UNE VIGIE SANITAIRE ET PAR L'APPLICATION DES LIGNES DIRECTRICES LORS DE SIGNALEMENTS, D'ÉCLOSIONS, OU D'INTOXICATIONS À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

> OBJECTIF

Suivre l'évolution des MADO, des manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et des éclosions de maladies transmissibles.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Existence d'un portrait régional MADO	Atteint	Suivi et diffusion du portrait	Atteint

COMMENTAIRES

Trois bulletins Vision Santé publique ont été publiés : un sur les zoonoses, un sur les ITSS et un sur les maladies évitables par la vaccination.

> OBJECTIF

Contrôler la transmission de certaines maladies infectieuses pour lesquelles des interventions efficaces sont disponibles.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Couverture vaccinale rougeole en milieu scolaire	91 %	95 %	92 %

COMMENTAIRE

Malgré une légère augmentation, les efforts se poursuivent afin d'atteindre la cible de 95 %.

> OBJECTIF

Agir pour éviter ou réduire les atteintes à la santé publique lors de contamination de l'eau ou de l'air lors d'accidents industriels.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre d'enquêtes réalisées ou d'avis livrés dans les lieux publics concernant des problématiques de contamination de l'eau, de l'air ou d'accidents industriels	Non comptabilisé	Continu	Non comptabilisé - en continu
2	Existence d'un portrait régional MADO	Réalisé	Suivi de la diffusion du portrait	Réalisé
3	Nombre de demandes reçues pour soutenir les gestionnaires scolaires dans l'intégration et la prise en charge des résultats obtenus dans le cadre du programme provincial de dépistage du radon dans les écoles	Aucune	Répondre à 100 % des demandes de soutien	Aucune demande de soutien en lien avec le radon

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Action en continu.

INDICATEUR 2

Portrait régional MADO déjà existant en 2013-2014.

INDICATEUR 3

Rapport MADO publié tous les 2 ans. Le premier a été publié en mars 2014, le deuxième sera publié en 2016.

> OBJECTIF

Aviser la population des mesures de protection à prendre.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Communications réalisées auprès de la population	Une centaine d'activités ont été réalisées dans une optique de protection	Continu	± 100 entrevues accordées 142 publications Facebook

COMMENTAIRE

Nouveauté cette année : la page Facebook de l'équipe de Santé publique de l'Estrie, qui a attiré près de 3 500 « fans » en 12 mois. En tout, 142 publications ont généré près d'un demi-million d'impressions ainsi que 25 000 clics et engagements autres.

> OBJECTIF

Identifier et réduire à la source les agresseurs physiques, chimiques ou biologiques des milieux de travail.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Plusieurs indicateurs se retrouvent dans le *Cahier des charges 2013 du programme des services de santé au travail*, en fonction des ententes spécifiques conclues entre l'Agence et la CSST régionale			
Nombre de situations de surexposition transmises à la CSST, à titre de signalement	29	En continu	30

COMMENTAIRE

Lors des activités de surveillance environnementale, si des résultats dépassent les normes, un signalement est effectué à la CSST et une démarche de correction est demandée à l'employeur. Selon les situations, des interventions conjointes avec la CSST sont planifiées.

> OBJECTIF

Protéger la santé et le bien-être des travailleurs et des travailleuses contre les expositions aiguës ou chroniques à des agresseurs.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de travailleuses et de travailleurs différents faisant l'objet d'une déclaration de MADO	39	Traiter 100 % des dossiers reçus	43

COMMENTAIRE

Tous les dossiers ont été évalués et enquêtés; 13 situations ont nécessité des interventions dans le milieu de travail. Parmi les 43 travailleurs, 26 situations provenaient du Comité des maladies pulmonaires professionnelles et 17 concernaient des intoxications.

2.4 ENJEU 4

LA PERFORMANCE PAR L'AMÉLIORATION DE LA PRODUCTIVITÉ, LES MÉTHODES DE SUIVI DE GESTION ET L'OPTIMISATION DES RESSOURCES

Encore une fois cette année, les établissements de santé et de services sociaux de la région ont démontré leur volonté à faire évoluer le réseau estrien vers plus de performance et d'efficience. La TCRE est l'instance régionale stratégique qui a traité de l'amélioration de la performance, incluant, entre autres, les projets d'optimisation, les projets LEAN, les projets d'organisation du travail ainsi que les projets liés à l'utilisation rigoureuse des ressources financières, matérielles et des ressources informationnelles. Plusieurs tables régionales, ainsi que les personnes représentantes des syndicats régionaux ont eu des interfaces officielles avec la TCRE dans ces dossiers.

Ce sont onze projets régionaux d'optimisation en lien avec les quatre enjeux de notre planification stratégique qui ont été menés afin de regrouper les services administratifs, les services de soutien et d'optimisation clinique. Parmi ceux-ci, mentionnons celui de l'acquisition et de l'entretien des équipements spécialisés, celui des archives des centres de réadaptation et celui de la gestion de la présence au travail. De plus, le projet PRASE (Paie, rémunération et gestion des avantages sociaux de quelque 13 733 employés et employées) a poursuivi le déploiement de ses activités. Il fait la fierté de la région et est une source d'inspiration pour l'ensemble du Québec.

Un rôle actif a été joué en lien avec le dossier du développement des compétences LEAN, que ce soit par la mise en place d'une troisième cohorte de formation avec l'UQTR, l'organisation d'un séminaire LEAN, un rendez-vous régional des cadres portant principalement sur le thème *Comment passer d'un projet LEAN à une culture LEAN*, ou une recension des projets LEAN réalisés, en cours et à venir dans les installations de l'Estrie.

Dans le secteur des ressources informationnelles, l'année 2013-2014 a donné lieu à d'importants déploiements et développements, dont :

- le développement, en partenariat avec l'Université de Sherbrooke, d'un système électronique de gestion des accès et du consentement;
- le déploiement du système de gestion (Opéra) au bloc opératoire du CHUS;
- le déploiement de la Phase I du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal au CHUS;

- l'acheminement vers le Dossier de santé Québec (DSQ) des résultats de laboratoire produits par le CHUS et cinq CSSS de la région depuis le 31 mars 2014. Plus de 20 000 résultats de laboratoire sont transmis quotidiennement;
- le déploiement de la fonction DSQ de visualisation des profils pharmacologiques des pharmacies communautaires dans les établissements de l'Estrie (CSSS et CHUS).

Le volet technologique n'est pas en reste. En effet, l'année a été marquée par une mobilisation sans précédent de tous les acteurs de la région en ressources informationnelles pour démarrer les projets en lien avec les cibles ministérielles d'optimisation en technologies de l'information : les projets Gestion du parc des postes de travail, Mise à niveau du système d'exploitation du parc des postes de travail et Centre de traitement informatique. Une autre cible ministérielle d'optimisation concerne la téléphonie IP. La région s'est dotée d'un plan stratégique qui est composé de cinq cibles à atteindre, dont le regroupement d'achats régional.

Beaucoup de travail a été réalisé pour optimiser la gestion des services en technologie de l'information. Nous nous sommes inspirés des meilleures pratiques de l'industrie répertoriées dans le référentiel ITIL© (Information Technology Infrastructure Library). Depuis trois ans, plusieurs processus de gestion ont été révisés et adaptés à ces meilleures pratiques et les indicateurs de gestion afférents ont été développés.

Enfin, la réflexion amorcée par la TCRE au cours des dernières années quant à l'évaluation et à la gestion de la performance a évolué positivement. Ainsi, une table régionale performance sera mise en place au cours de la prochaine année afin de soutenir le développement de la culture de la performance, de développer le volet régional de l'évaluation de la performance et de conseiller les autres instances régionales sur le volet de la gestion de la performance.

M^me^ Nathalie Léonard
Directrice de la performance, de la qualité, des communications et des ressources humaines

M^me^ Micheline Savoie
Directrice régionale des ressources informationnelles

M^me^ France Simoneau
Directrice des ressources financières et matérielles

2.4.1 RÉPONDRE AUX DÉFIS PAR LE DÉVELOPPEMENT D'ORGANISATIONS PERFORMANTES ET NOVATRICES

> OBJECTIF

Documenter et faire connaître aux établissements les structures de postes optimales pour déployer une offre de service par programme.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Analyse et recommandations sur les structures de postes optimales déposées	Réalisé	Amorce de l'analyse	Réalisé

COMMENTAIRES

L'analyse démontre qu'il est impossible, en ce moment, de proposer une structure de postes optimale avec l'information que l'on peut colliger. La structure des équipes dans les établissements de la région ne permet pas de les comparer entre elles. Des différences importantes existent selon la mission de l'établissement, le niveau de lourdeur de la clientèle, le type de services rendus, l'horaire de travail, etc.

> OBJECTIF

Poursuivre les efforts de productivité pour l'ensemble des centres d'activités en première ligne et de prise en charge pour les services spécialisés.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Nombre de CSSS ayant atteint les ratios de productivité visés pour chaque centre d'activités	4/7	5/7	4/7
2	Nombre de CSSS ayant atteint la proportion visée de temps passé auprès des usagers et des usagères au SAD	7/7	7/7	7/7

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Les résultats 2014-2015 portent sur l'analyse des ratios de productivité 2013-2014. Dix-sept sous-centres d'activités sont concernés par ce calcul. Pour les sept CSSS, neuf des dix-sept sous-centres d'activités obtiennent les ratios de productivité. Le résultat est moindre que pour l'année 2013-2014.

Précisons que pour les sous-centres d'activités du soutien à domicile où s'effectue la majorité des interventions CLSC, les établissements ont maintenu les résultats en soins infirmiers et en aide à domicile. Par contre, pour les services spécialisés à domicile, les résultats sont moindres. La plus grande baisse est au plan des services d'ergothérapie à domicile où cinq CSSS n'obtiennent pas la moyenne régionale visée. La priorité d'évaluer tous les usagers de soutien à domicile explique probablement ces résultats. L'opération OÉMC a occupé les intervenants dans des interventions plus longues que les services rendus dans les années précédentes.

INDICATEUR 2

Les résultats 2014-2015 portent sur l'analyse de la proportion visée de temps passé auprès des usagers et des usagères 2013-2014. En plus d'atteindre la proportion visée de temps passé auprès des usagers et des usagères SAD, les CSSS ont maintenu leur résultat par rapport à l'an dernier.

> OBJECTIF

Mettre en place des mécanismes systématiques de type *benchmarking* pour l'ensemble des indicateurs de l'offre de service.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Dépôt d'un document explicatif sur les mécanismes mis en place	Réalisé	Poursuite de la production des rangs Estrie	Réalisé

COMMENTAIRE

Le document explicatif a été déposé en 2012-2013. Une série de tableaux sont mis à jour à chaque période depuis. De plus, de nouveaux outils de type *benchmarking* ont été développés et sont utilisés pour la comparaison des établissements entre eux.

2.4.2 ASSURER UNE GESTION RIGOUREUSE EN OPTIMISANT L'UTILISATION DES RESSOURCES DISPONIBLES

> OBJECTIF

S'assurer de la suite à donner aux projets de construction en CHSLD pour les CSSS du Haut-Saint-François et du Granit.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de projets évalués	Avancement continu des démarches entre les établissements, le MSSS et l'Agence	Suivre l'avancement des travaux établissement – Agence - MSSS	Au 31 mars 2015, le projet est en appel d'offres en vue de l'octroi du contrat de construction en 2015-2016, et d'une livraison prévue en 2017

COMMENTAIRE

L'Agence a continué à soutenir les établissements dans les démarches nécessaires à la réalisation de ces projets auprès du MSSS. Ces actions devront se poursuivre et être maintenues en 2015-2016.

> OBJECTIF

Soutenir l'évaluation du projet d'agrandissement du CHUS-Hôpital Fleurimont.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Projet évalué pour l'agrandissement CHUS-Hôpital Fleurimont incluant le projet de la procréation médicalement assistée	Le processus suit son cours	Suivre l'avancement des travaux établissement – Agence - MSSS	Le Programme fonctionnel et technique (PFT) est déposé au MSSS Les démarches sont maintenues en vue d'une inscription du volet 2 du projet au Plan québécois des infrastructures (PQI) 2015-2025 En ce qui concerne la procréation médicalement assistée (PMA), le ministre ayant décrété un moratoire sur la mise en place du programme, le projet d'aménagement est suspendu

COMMENTAIRE

L'Agence a continué à soutenir l'établissement dans les démarches nécessaires à la réalisation de ce projet auprès du MSSS. Ces actions devront se poursuivre et être maintenues en 2015-2016.

> OBJECTIF

Favoriser la mise en commun des ressources informationnelles.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Favoriser la mise en commun des ressources informationnelles (RI)	17	17	17

COMMENTAIRE

Cible atteinte dès l'an dernier.

> OBJECTIF

Déployer le DCI Continuum Ariane Estrie.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre d'établissements utilisant les fonctionnalités normalisées du DCI.	Radiologie : 7 Laboratoire : 6	Radiologie : 7 Laboratoire : 6 Pharmacie : 1	Radiologie : 7 Laboratoire : 6 Pharmacie : 1

COMMENTAIRES

- Radiologie : cible atteinte dès l'an dernier.
- Laboratoire : cible atteinte dès l'an dernier.
- Pharmacie : les 6 autres établissements (CSSS) n'étaient pas en mesure de déployer la fonctionnalité à court terme. Les fonctionnalités Imagerie et Laboratoire leurs avaient demandé d'importants efforts et leur système de Pharmacie actuel répond à leurs besoins immédiats. Le déploiement de la fonctionnalité Pharmacie est prévu à moyen terme.

> OBJECTIF

Contribuer au déploiement du Dossier de santé Québec (DSQ).

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Pourcentage des professionnelles et professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, pharmaciennes et infirmières et infirmiers) ayant accès au DSQ	61 % (1 024 / 1 680)	Accès DSQ : 50 % des professionnels	98 % des sites déployables sont déployés (85 sur 87) et 76 % des professionnels ont accès (1 273 sur 1 680)
2	Nombre de laboratoires arrimés au domaine Laboratoire du DSQ	6/6 (5 CSSS + CHUS)	Laboratoires : 5 CSSS + CHUS	100 % des laboratoires sont arrimés au DSQ

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

Pour atteindre ce résultat, nous avons dû solliciter puis accompagner plusieurs médecins en cliniques privées pour les aider à se familiariser avec le Dossier de santé Québec et ainsi profiter d'un accès plus complet aux dossiers de leurs patients.

INDICATEUR 2

La cible avait déjà été atteinte en 2013-2014. Aucune action particulière n'était requise en 2014-2015.

> OBJECTIF

Miser sur l'assistance en ligne.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage d'incidents résolus en ligne au Centre d'assistance régional (CAR)	62 %	64 %	66 % des incidents ont été résolus en ligne (6 derniers mois)

COMMENTAIRE

Chaque mois, les taux de résolution en ligne des incidents ont été transmis aux responsables informatiques afin de les aider à prendre les mesures nécessaires. Les taux les plus bas ont entraîné une intervention de la part du responsable du centre d'assistance auprès de chaque responsable informatique concerné.

> OBJECTIF

Mettre en œuvre le plan stratégique du MSSS 2010-2015 en sécurité de l'information.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Plan stratégique implanté	Planification en cours de révision	Avoir débuté la réalisation du plan triennal en sécurité 2014-2017	Un plan triennal régional en sécurité de l'information a été adopté et un fonds de soutien à la sécurité de l'information a été créé

COMMENTAIRE

Le fonds de soutien en sécurité de l'information est financé par une contribution de 8,5 % puisée à même les projets régionaux d'informatisation.

> OBJECTIF

Optimiser la téléphonie IP.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage du parc de téléphonie conforme aux objectifs du *Plan stratégique régional d'optimisation*	Appel d'offres régional en téléphonie prêt à être lancé	Avoir optimisé les lignes, regroupé les achats et avoir analysé la création d'un centre de service régional	Un plan stratégique d'optimisation en téléphonie a été approuvé puis transmis au MSSS Les contrats de service en téléphonie ont fait l'objet d'un appel d'offres régional et le regroupement est en cours 86 % du parc d'équipements en téléphonie est de marque Mitel, cette situation offre un fort potentiel d'optimisation De plus, en fin d'exercice, deux établissements, les CSSS des Sources et du Haut-Saint-François, ont remplacé leur système téléphonique désuet par un système Mitel

COMMENTAIRE

Compte tenu du manque de disponibilité des ressources en téléphonie, l'actualisation du plan stratégique est difficile. Avec le regroupement des effectifs dans une même direction, l'optimisation en téléphonie devrait être plus facile à réaliser.

> OBJECTIF

Optimiser la téléphonie cellulaire.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage du parc de téléphones cellulaires couverts par l'entente provinciale (Corporation de services regroupés de l'Estrie)	Complété	s. o.	Complété

COMMENTAIRE

Complété depuis 2011.

> OBJECTIF

Optimiser la visioconférence.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage du parc de stations de visioconférence conforme aux objectifs du Plan régional d'optimisation	Aucun (en attente)	En attente du MSSS	Complété

COMMENTAIRE

s.o.

> OBJECTIF

Optimiser le Service national de courrier électronique (SNCE).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage de boîtes de courrier électronique migrées au SNCE	Aucun (SNCE abandonné par le MSSS)	Aucun (le MSSS a changé de stratégie)	Aucun (SNCE abandonné par le MSSS)

COMMENTAIRES

À la suite de l'abandon du projet Service national de courrier électronique (SNCE) par le MSSS, l'objectif se limite à consolider les serveurs au niveau régional, ce que l'Estrie a fait dès l'implantation initiale de Lotus Notes en 1998.

> OBJECTIF

Optimiser la gestion des postes de travail (BVI).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage du parc de postes de travail répondant aux objectifs du *Plan régional d'optimisation*	Planification en révision	26 %	Environ 28 % des postes sont de type « clients légers » Par ailleurs, la planification a été révisée et adaptée à la nouvelle architecture intégrée technologique commune (AITC) Le projet VirtuOse a été soumis au MSSS pour approbation. On attend la décision du MSSS

COMMENTAIRE

Au 31 mars 2015, le processus d'approbation était toujours en cours au MSSS.

> OBJECTIF

Regrouper et optimiser les Centres de traitement informatique (CTI).

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Pourcentage du parc de serveurs conforme aux objectifs du *Plan régional d'optimisation*	Planification en révision	Aucun (le MSSS a changé de stratégie)	Plan de travail réalisé (dans le cadre du projet VirtuOse) Actualisation prévue à compter de 2015-2016

COMMENTAIRE

Le projet VirtuOse est un projet majeur d'évolution technologique pour l'Estrie. Il regroupe l'optimisation des postes de travail, des centres de traitement, la migration Windows ainsi que le rehaussement de nombreux serveurs.

> OBJECTIF

Optimiser le panier de services en matière de technologies de l'information.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nombre de services révisés	Tous les services visés ont été révisés	Tous les services sont révisés	Complété

COMMENTAIRE

La cible avait déjà été atteinte en 2013-2014. Aucune action particulière n'était requise en 2014-2015.

> OBJECTIF

Stabiliser le financement du Technocentre régional.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Nouveau mode de financement adopté	Complété	s. o.	Complété

COMMENTAIRE

s.o.

2.4.3 RELEVER LES DÉFIS DE SANTÉ FINANCIÈRE PAR LA DIMINUTION DES DÉPENSES ADMINISTRATIVES

> OBJECTIFS

		RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
1	Analyser le potentiel d'optimisation des services par la mise en commun d'activités administratives et de soutien et en assurer la mise en œuvre		Le potentiel d'optimisation des projets de mise en commun a été évalué et les projets sont en cours de réalisation
2	Soutenir la concertation des établissements dans la recherche de solutions novatrices autant locales que régionales pour faire face aux défis du projet de loi n° 10	En continu	

COMMENTAIRES

OBJECTIF 1

Les chantiers sont toujours en cours de réalisation et certains continuent à donner des résultats (ex. : PRASE). D'autres chantiers ont aussi été mis en œuvre :

1. SARDM
2. Entretien des lèves-patients
3. Service de graphisme

Des projets de regroupement d'établissements avaient aussi été analysés et étaient pour être réalisés en 2015-2016.

OBJECTIF 2

Partage sur le sujet régulièrement aux différentes tables déjà existantes : Table régionale des ressources financières et matérielles (TRRFM), TRRH, TCRE. Nous faisons alors une mise en commun lors de ces rencontres sur différentes solutions mises en place par l'un ou l'autre des établissements. Les uns et les autres sont inspirants.

> OBJECTIF

Réduire, avant le 31 mars 2014, de 10 % les dépenses de nature administrative.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Suivi des centres d'activités concernés	Réalisé	Maintien de la réduction	Réalisé

COMMENTAIRE

Nous avons fait face aux mesures d'optimisation de 10 % imposées par le Ministère depuis le début. Les dépenses administratives ont diminué de plus de 10 %; par exemple, en réduisant les frais reliés aux déplacements en utilisant, notamment, la visioconférence. Pour la publicité, nous privilégions les moyens électroniques maintenant à notre disposition. Nous négocions des contrats en unissant nos forces pour réduire les coûts que les fournisseurs nous facturent.

> OBJECTIF

Diminuer les heures travaillées équivalant à un départ à la retraite sur deux, dans les secteurs administratifs (cadres et salariés), avant le 31 mars 2014.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Suivi des centres d'activités concernés	Diminution	Maintien des acquis et poursuite de la diminution	Terminé en 2013-2014

COMMENTAIRE

La mesure de réduction d'un départ à la retraite sur deux s'est terminée au 31 mars 2014. Le réseau estrien a diminué ses heures travaillées pour des activités de nature administrative de 4 % par rapport à 2009-2010.

2.4.4 METTRE EN ŒUVRE DES MÉCANISMES DE NÉGOCIATION DES ENTENTES DE GESTION MOBILISANTS

> OBJECTIFS

- Adapter l'approche d'élaboration de l'entente de gestion par l'offre de service des établissements en s'assurant de mettre en œuvre des mécanismes mobilisants.
- Développer et mettre en place les modalités de contrat d'engagement couvrant les enjeux d'amélioration de l'accessibilité, la productivité, la continuité, la qualité et la performance.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Dépôt d'un plan de travail	Non réalisé	2 sous-processus revus	50 %
2	Réalisation d'un projet LEAN d'optimisation du processus des ententes de gestion et d'imputabilité Agence-Établissements			

COMMENTAIRES

INDICATEURS 1 ET 2

Seulement un sous-processus a été revu en 2014-2015. Afin d'adapter l'approche d'élaboration de l'entente de gestion avec les établissements de la région, en nous assurant que les mécanismes soient mobilisants, nous avons choisi de faire un projet LEAN. La charte de projet ayant déjà été définie, la prise de mesures a été effectuée pour l'ensemble du processus d'élaboration des ententes de gestion et d'imputabilité.

Les impacts recherchés par le projet sont :

- La diminution de l'effort requis par les parties prenantes pour la réalisation de ce processus.
- Le maintien ou l'augmentation de la satisfaction des établissements envers le processus. À cet effet, un sondage a été réalisé auprès de l'ensemble des établissements.

Le sous-processus de reddition de comptes a été priorisé pour l'année 2014-2015. Une activité d'amélioration continue a été réalisée en avril 2014 et le nouveau sous-processus (incluant les modifications apportées) a été implanté lors de la reddition de comptes 2013-2014 des établissements au printemps 2014. La satisfaction des partenaires s'est améliorée, l'effort de l'équipe performance a diminué substantiellement.

Comme le projet de loi n° 10 a été déposé à l'automne, la révision du deuxième sous-processus n'a pas été réalisée.

> OBJECTIF

Rendre disponible des outils de comparaison et d'information de gestion.

	RÉALISÉ	NON RÉALISÉ
Outils disponibles	x	

COMMENTAIRES

Afin de soutenir les décisions de gestion, l'équipe de la performance de l'Agence a développé plusieurs outils d'information et de comparaison sur la performance des établissements et de la région. Voici une brève description de quelques-uns de ces outils :

- La mise en place de mécanismes systématiques de type *benchmarking* (analyse comparative) pour l'ensemble des indicateurs de l'offre de service. Cet outil permet de situer le rang de la région, parmi l'ensemble des régions, pour chacun des indicateurs. Un outil de comparaison des CSSS de la région entre eux et, pour certains indicateurs, avec la province, a été élaboré.
- Les ratios de productivité pour les centres d'activités au SAD et hors SAD sont calculés et rendus disponibles aux établissements de la région.
- Les taux de desserte, soit le nombre d'usagères et d'usagers desservis pour une population donnée, sont calculés pour chaque CSSS pour les différentes clientèles (SAPA, santé mentale, etc.). Un tableau de bord regroupant l'ensemble des indicateurs sur l'accessibilité est mis à jour trois fois par année (périodes 6-10-13).
- Le suivi des heures de services rendus aux usagères et aux usagers a été calculé périodiquement dans le secteur du SAD et rendu disponible aux établissements.

> OBJECTIF

Améliorer les méthodes de calcul des indicateurs d'accès aux services.

ENGAGEMENT ET RÉSULTATS

INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
Révision des méthodes de calcul	En attente du MSSS	Réalisé	En attente du MSSS

COMMENTAIRE

Les changements à la méthode de calcul sont identifiés par la région de l'Estrie et ces changements ont été demandés au pilote d'orientation CLSC du MSSS. Celui-ci a effectué des travaux de consultation auprès des programmes pour établir une méthode de calcul répondant à leurs besoins d'information (été 2013). D'autres travaux ont été priorisés et les travaux amorcés pour réviser les méthodes de calcul ont été suspendus par le MSSS.

> OBJECTIF

Faire un bilan et une évaluation du niveau d'atteinte des objectifs de chaque programme-services.

ENGAGEMENTS ET RÉSULTATS

	INDICATEUR	RÉSULTAT 2013-2014	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2014-2015
1	Convenir d'un mécanisme d'évaluation et de gestion de la performance en Estrie	n. d.	Mécanisme déposé et adopté	Non réalisé
2	Production d'un bilan sur l'atteinte des résultats du plan stratégique 2010-2015	n. d.	Bilan au 31 mars 2015 déposé	Non réalisé
3	Intégrer la reddition de compte annuelle du plan d'action au rapport annuel de gestion de l'Agence	n. d.	Bilan du plan d'action intégré au rapport annuel de gestion	Réalisé

COMMENTAIRES

INDICATEUR 1

En septembre 2014, suivant le dépôt du projet de loi n° 10, le développement d'une expertise régionale en matière de coordination régionale de l'amélioration de la performance a été requestionné. Cependant, la nécessité de développer une stratégie régionale d'amélioration de la performance est demeurée, dans l'optique de la création des futurs établissements régionaux. De même, la pertinence de développer un réseau de partage des connaissances et des expériences probantes a été confirmée. Ainsi les travaux menant au développement d'outils ou de soutien à l'amélioration de la performance (coordination des actions, détermination d'indicateurs stratégiques, déploiement de salles de pilotage, développement d'outils de standardisation en matière de gestion de projet ou de portefeuille de projets, participation à la construction des outils de partage) sont reconnus comme des démarches pertinentes dans ce contexte.

INDICATEUR 2

Le bilan du plan stratégique régional 10-15 est débuté. Il sera finalisé au cours de l'automne 2015.

INDICATEUR 3

Depuis 2 ans, les résultats du plan d'action de l'Agence sont inclus dans le rapport annuel de gestion.

3

Données FINANCIÈRES

3.1 ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

3.1.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

Sherbrooke, le 12 juin 2015

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

M^me^ Patricia Gauthier
Présidente-directrice générale
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

M. Pierre-Albert Coubat
Directeur des ressources financières et de la logistique
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

[1] En vertu de l'article 195 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre 0-7.2), le président-directeur général exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première de ces deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres ait nommé.

3.1.2 RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS DE L'AGENCE

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats et des surplus (déficits) cumulés pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

:: RESPONSABILITÉ DE LA DIRECTION POUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011—027 (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

:: RESPONSABILITÉ DE L'AUDITEUR

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

:: OPINION

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, la Direction n'a pas redressé ses états financiers lors de l'application initiale de la norme de CPA Canada SP-3410 « Paiements de transferts », et n'a pas comptabilisé à l'état de la situation financière pour les exercices subséquents les paiements de transferts à recevoir du gouvernement du Québec et dont il est prévu que lesdits paiements de transferts seront effectivement obtenus. Ces montants sont relatifs à différents programmes d'aide concernant la construction d'immobilisations et d'autres charges pour lesquels les travaux ont été réalisés ou les charges constatées, mais dont les transferts en vertu des programmes d'aide sont versés par le gouvernement de façon pluriannuelle. Cette situation constitue une dérogation à la norme qui prévoit la comptabilisation des paiements de transferts à titre de revenus pour le bénéficiaire lorsqu'ils sont autorisés par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, sauf lorsque les stipulations de l'accord créent une obligation répondant à la définition d'un passif. Les incidences de cette dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation des actifs financiers nets (dette nette), des gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Mallette s.e.n.c.r.l.

MALLETTE SENCRL[1]

Société de comptables professionnels agréés

Trois-Rivières, Québec

Le 30 juin 2015

[1] Permis de comptabilité publique n° A11750

3.1.3 ÉTATS DES RÉSULTATS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET D'IMMOBILISATIONS RÉSUMÉS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS PRINCIPALES	2014-2015	2013-2014
REVENUS		
Subventions du Ministère	7 105 325 $	7 448 695 $
Autres revenus	389 110	345 363
Total des revenus	**7 494 435 $**	**7 794 058 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	6 731 697 $	6 379 033 $
Autres dépenses	1 268 347	1 357 859
Total des charges	**8 000 044 $**	**7 736 892 $**
Surplus (déficit) de l'exercice	**(505 609) $**	**57 166 $**
TRANSFERTS INTERFONDS		
Contributions en provenance de fonds affectés	20 987	40 339
Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées	258 750	225 000
Affectations au fonds d'immobilisations et à d'autres fonds	(268 547)	(322 580)
Surplus (déficit) de l'exercice après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**(494 419) $**	**(75) $**

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS ACCESSOIRES	2014-2015	2013-2014
REVENUS		
Subventions du Ministère	207 340 $	137 325 $
Autres revenus	131 051	0
Total des revenus	**338 391 $**	**137 325 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	74 590 $	93 063 $
Autres dépenses	308 045	66 299
Total des charges	**382 635 $**	**159 362 $**
Surplus (déficit)	**(44 244) $**	**(22 037) $**

RÉSULTATS DU FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	2014-2015	2013-2014
REVENUS		
Contributions des établissements	1 976 564 $	1 608 238 $
Autres revenus	6 982 945	7 028 431
Total des revenus	**8 959 509 $**	**8 636 669 $**
CHARGES		
Salaires et avantages sociaux	4 759 098 $	4 155 875 $
Autres dépenses	3 616 560	4 484 912
Total des charges	**8 375 658 $**	**8 640 787 $**
Surplus (déficit)	**583 851 $**	**(4 118) $**
TRANSFERTS INTERFONDS		
Contributions en provenance du fonds d'exploitation	223 268 $	302 176 $
Contributions de fonds affectés	7 213	7 256
Affectations au fonds d'exploitation	(258 750)	(225 000)
Affectations au fonds d'immobilisations	(1 268 368)	(855 965)
Surplus (déficit) de l'exercice après contributions de l'avoir propre et interfonds	**(712 786) $**	**(775 651) $**

RÉSULTATS DU FONDS D'IMMOBILISATIONS	2014-2015	2013-2014
REVENUS		
Subventions du Ministère	3 849 426 $	5 546 915 $
Autres revenus	0	0
Total des revenus	**3 849 426 $**	**5 546 915 $**
CHARGES		
Frais d'intérêts	1 502 744 $	2 031 448 $
Amortissements	2 029 613	2 491 835
Autres charges	434 760	523 601
Total des charges	**3 967 117 $**	**5 046 884 $**
Surplus (déficit)	**(117 691) $**	**500 031 $**
TRANSFERTS INTERFONDS		
Contributions en provenance du fonds d'exploitation – activités principales	45 279 $	23 404 $
Contributions en provenance du fonds des activités régionalisées	1 268 368	855 965
Contributions en provenance de fonds affectés	12 226	19 846
Surplus (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	**1 208 182 $**	**1 399 246 $**

3.1.4 ÉTATS DES SOLDES DE FONDS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET D'IMMOBILISATIONS RÉSUMÉS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

FONDS D'EXPLOITATION	2014-2015		2013-2014	
	ACTIVITÉS PRINCIPALES	AVOIR PROPRE	ACTIVITÉS PRINCIPALES	AVOIR PROPRE
Solde créditeur – au début	202 380 $	550 722 $	145 214 $	633 000 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)				
Surplus de l'exercice (déficit)	0 $	(549 853) $	57 166 $	(22 037) $
Transferts interfonds :				
– En provenance des fonds affectés	0	20 987	0	40 339
– En provenance du fonds des activités régionalisées	0	258 750	0	225 000
– Affectés à d'autres fonds	0	(223 268)	0	(302 176)
– Affectés au fonds d'immobilisations	0	(45 279)	0	(23 404)
LIBÉRATION DE SURPLUS	(202 380) $	202 380 $	0 $	0 $
VARIATION DE L'EXERCICE	(202 380) $	(336 283) $	57 166 $	(82 278) $
Solde créditeur – à la fin	0 $	214 439 $	202 380 $	550 722 $

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES	2014-2015	2013-2014
Solde créditeur – au début	2 655 248 $	3 430 899 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)		
Surplus (déficit) de l'exercice	583 851 $	(4 118) $
Transferts interfonds :		
– Contributions du fonds d'exploitation	223 268	302 176
– Contributions de fonds affectés	7 213	7 256
– Affectés au fonds d'exploitation	(258 750)	(225 000)
– Affectés au fonds d'immobilisations	(1 268 368)	(855 965)
Autres déductions	0	0
VARIATION DE L'EXERCICE	(712 786) $	(775 651) $
Solde créditeur – à la fin	1 942 462 $	2 655 248 $

FONDS D'IMMOBILISATIONS	2014-2015	2013-2014
Solde créditeur – au début	3 915 591 $	2 516 345 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)		
Surplus (déficit) de l'exercice	(117 691) $	500 031 $
Transferts interfonds :		
– En provenance du fonds d'exploitation	45 279	23 404
– En provenance des activités régionalisées	1 268 368	855 965
– En provenance de fonds affectés	12 226	19 846
VARIATION DE L'EXERCICE	1 208 182 $	1 399 246 $
Solde créditeur – à la fin	5 123 773 $	3 915 591 $

3.1.5 BILANS RÉSUMÉS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET DES IMMOBILISATIONS AU 31 MARS 2015

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015	2013-2014
ACTIF						
Encaisse	1 726 081 $	1 743 577 $	1 581 195 $	2 920 307 $	0 $	0 $
Débiteurs	329 850	478 796	1 028 757	6 347 619	25 482 957	20 222 932
Autres éléments	40 714	20 767	249 216	179 348	138 918	109 028
Immobilisations	0	0	0	0	4 801 062	4 772 155
Subvention à recevoir – réforme comptable	665 409	694 849	270 979	270 979	36 508 432	40 806 877
Total de l'actif	**2 762 054 $**	**2 937 989 $**	**3 130 147 $**	**9 718 253 $**	**66 931 389 $**	**65 910 992 $**
PASSIF						
Découvert de banque	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $	0 $
Créditeurs et charges à payer	1 589 113	1 282 217	770 561	6 640 114	0	0
Provision pour vacances et congés de maladies	958 502	902 670	417 124	422 891	0	0
Intérêts courus à payer	0	0	0	0	265 210	361 309
Emprunts temporaires	0	0	0	0	28 659 976	23 044 999
Dette à long terme	0	0	0	0	32 882 430	38 589 093
Total du passif	**2 547 615 $**	**2 184 887 $**	**1 187 685 $**	**7 063 005 $**	**61 807 616 $**	**61 995 401 $**
Solde de fonds	**214 439 $**	**753 102 $**	**1 942 462 $**	**2 655 248 $**	**5 123 773 $**	**3 915 591 $**
Total du passif et du solde du fonds	**2 762 054 $**	**2 937 989 $**	**3 130 147 $**	**9 718 253 $**	**66 931 389 $**	**65 910 992 $**

3.1.6 ÉTAT DES RÉSULTATS ET BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS AU 31 MARS 2015

RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2014-2015
REVENUS				
Subventions du Ministère	21 819 059 $	14 000 $	2 378 181 $	24 211 240 $
Revenus d'intérêts	18 671	3 444	132 384	154 499
Autres	4 477 761	3 167	245 599	4 726 527
Total des revenus	**26 315 491 $**	**20 611 $**	**2 756 164 $**	**29 092 266 $**
CHARGES				
Dépenses de transferts	4 988 013 $	88 882 $	7 173 238 $	12 250 133 $
Contrats à budget	21 272 976	0	0	21 272 976
RITM – Facturation provinciale	0	0	8 655 132	8 655 132
Autres	38 736	44 213	371 697	454 646
Total des charges	**26 299 725 $**	**133 095 $**	**16 200 067 $**	**42 632 887 $**
Surplus (déficit)	**15 766 $**	**(112 484) $**	**(13 443 903) $**	**(13 540 621) $**

RÉSULTATS DES FONDS AFFECTÉS CUMULÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2013-2014
REVENUS				
Subventions du Ministère	20 581 116 $	5 000 $	65 534 842 $	86 120 958 $
Revenus d'intérêts	17 504	2 052	192 983	212 539
Autres	4 549 854	1 700	106 359	4 657 913
Total des revenus	**25 148 474 $**	**8 752 $**	**65 834 184 $**	**90 991 410 $**
CHARGES				
Dépenses de transferts	4 597 110 $	0 $	5 439 284 $	10 036 394 $
Contrats à budget	20 787 282	0	0	20 787 282
RITM – Facturation provinciale	0	0	51 785 692	51 785 692
Autres	21 273	33 723	303 237	358 233
Total des charges	**25 405 665 $**	**33 723 $**	**57 528 213 $**	**82 967 601 $**
Surplus (Déficit)	**(257 191) $**	**(24 971) $**	**8 305 971 $**	**8 023 809 $**

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE COMBINÉ	FONDS AFFECTÉS	
	2014-2015	2013-2014
ACTIF		
Encaisse	4 071 331 $	18 695 895 $
Avances de fonds aux établissements publics	0	0
Débiteurs	1 147 667	6 001 644
Autres éléments	0	0
Subvention à recevoir – provision vacances et congés de maladies	0	9 910
Total de l'actif	**5 218 998 $**	**24 707 449 $**
PASSIF		
Créditeurs et charges à payer	1 622 809 $	7 420 837 $
Provision pour vacances et congés de maladies	0	27 298
Revenus reportés – MSSS + crédits régionaux	25 000	107 079
Total du passif	**1 647 809 $**	**7 555 214 $**
Solde de fonds	**3 571 189 $**	**17 152 235 $**
Total du passif et du solde de fonds	**5 218 998 $**	**24 707 449 $**

3.1.7 ÉTAT RÉSUMÉ DU SOLDE DE FONDS COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS AU 31 MARS 2015

FONDS AFFECTÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2014-2015
Solde créditeur - au début	92 868 $	126 868 $	16 932 499 $	17 152 236 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)				
Surplus (déficit) de l'exercice	15 766 $	(112 484) $	(13 443 903) $	(13 540 621) $
Transferts interfonds :				
– Affectés au fonds d'exploitation	0	0	(20 987)	(20 987)
– Affectés au fonds des activités régionalisées	0	0	(4 223)	(4 223)
– Affectés au fonds d'immobilisations	(12 226)	0	0	(12 226)
Autres transferts interfonds	(2 990)	0	0	(2 990)
Variation de l'exercice	550 $	(112 484) $	(13 469 113) $	(13 581 047) $
Solde créditeur – à la fin	93 418 $	14 384 $	3 463 387 $	3 571 189 $

FONDS AFFECTÉS	SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	SANTÉ PUBLIQUE	AUTRES FONDS AFFECTÉS	TOTAL 2013-2014
Solde créditeur - au début	372 895 $	151 839 $	8 671 134 $	9 195 868 $
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)				
Surplus (déficit) de l'exercice	(257 191) $	(24 971) $	8 305 971 $	8 023 809 $
Transferts interfonds :				
– Affectés au fonds d'exploitation	0	0	(40 339)	(40 339)
– Affectés au fonds des activités régionalisées	0	0	(4 266)	(4 266)
– Affectés au fonds d'immobilisations	(19 846)	0	0	(19 846)
Autres transferts interfonds	(2 990)	0	0	(2 990)
Variation de l'exercice	(280 027) $	(24 971) $	8 261 366 $	7 956 368 $
Solde créditeur – à la fin	92 868 $	126 868 $	16 932 500 $	17 152 236 $

3.1.8 NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉES

:: NOTE 1 – CONSTITUTION ET MISSION

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (ci-après l'« Agence ») est constituée par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) le 1er janvier 2006. Elle a pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Sherbrooke.

Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de l'Estrie.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

A) RÉORGANISATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région sociosanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'Agence est fusionnée avec le CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

:: NOTE 2 – PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

A) RÉFÉRENTIEL COMPTABLE

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'Agence utilise prioritairement le Manuel de gestion financière établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'Agence se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public, sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

B) UTILISATION D'ESTIMATIONS

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentée dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels des estimations ont été utilisées et des hypothèses formulées sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, le passif au titre des avantages sociaux futurs.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

C) COMPTABILITÉ D'EXERCICE

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

D) PÉRIMÈTRE COMPTABLE

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

E) REVENUS

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'Agence bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'Agence bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'Agence bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

F) REVENUS D'INTÉRÊTS

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

G) AUTRES REVENUS

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

H) DÉPENSES DE TRANSFERT

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence cédante les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

I) SALAIRES, AVANTAGES SOCIAUX ET CHARGES SOCIALES

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

J) CHARGES INHÉRENTES AUX VENTES DE SERVICES

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

K) DÉBITEURS

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

L) CRÉDITEURS ET AUTRES CHARGES À PAYER

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

M) DETTES À LONG TERME

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

N) DETTES SUBVENTIONNÉES PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

O) INSTRUMENTS FINANCIERS

En vertu de l'article 383 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S 4.2), le ministère de la Santé et des Services sociaux prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux agences.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et des pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet, la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

P) PASSIFS ENVIRONNEMENTAUX

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un événement imprévu sous la responsabilité de l'Agence, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès que l'Agence en est informée et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement.

La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice. Relativement à ces obligations, l'Agence comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'Agence concernée doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations.

Q) PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant des congés de maladie et de vacances cumulés, de congé parental et d'assurance salaire.

I. PROVISION POUR ASSURANCE SALAIRE

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

II. PROVISION POUR VACANCES

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

III. PROVISION POUR CONGÉS DE MALADIE

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

IV. RÉGIME DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

R) IMMOBILISATIONS

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisés au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements :	3 à 15 ans
Équipements spécialisés :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans
Location-acquisition :	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

S) FRAIS PAYÉS D'AVANCE

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

T) COMPTABILITÉ PAR FONDS

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'Agence utilise les fonds d'exploitation, d'immobilisations, des activités régionalisées, du secteur de la santé au travail et des fonds affectés. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations;
- Fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;
- Fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

U) PRÊTS INTERFONDS

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

V) CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS

La classification des activités tient compte des services que l'Agence peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.
- Activités accessoires : elles comprennent les fonctions qu'elle exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles découlent des fonctions additionnelles que l'Agence exerce en sus des fonctions qui lui sont confiées. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.
- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à l'exercice des fonctions de l'Agence.

W) CENTRES D'ACTIVITÉS

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'Agence dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres d'activités.

X) AVOIR-PROPRE

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

:: NOTE 3 – MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), une agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses charges. Cette exigence légale s'applique à l'ensemble des fonds.

Selon les résultats totaux fournis à la page 150 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, l'Agence n'a pas respecté cette obligation légale.

:: NOTE 4 – DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 27 juin 2014 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations, ainsi que pour les fonds affectés et les activités régionalisées.

L'élément suivant a eu pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice : indemnités de départ des cadres, pour un montant de 405 432 $.

:: NOTE 5 – INSTRUMENTS FINANCIERS

A) IMPACTS SUR LES ÉTATS FINANCIERS

L'Agence ne détenait pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

B) AMORTISSEMENT DES FRAIS REPORTÉS LIÉS AUX DETTES

Selon la pratique actuelle les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

C) EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2015, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 115 512 547 $, au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de 30 jours.

Les emprunts effectués directement sur la marge de crédit, non empruntés en billets-grille, portent intérêt au taux préférentiel de la Banque moins 1,75 %.

La convention de crédit est renégociable le 31 décembre 2016.

	2015	2014
Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires. Le taux en vigueur au 31 mars 2015 est de 1,298 %.	26 532 733 $	21 040 514 $

:: NOTE 6 – DETTES À LONG TERME

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

	2015	2014
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015.	1 638 774 $	2 050 807 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 334 386 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	--- $	4 355 755 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,320 %, remboursable par versements annuels de 300 913 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2014.	--- $	1 187 183 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 1 087 351 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	4 732 689 $	5 820 040 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,544 %, remboursable par versements annuels de 472 767 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	945 534 $	1 418 302 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,406 %, remboursable par versements annuels de 41 609 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	915 396 $	957 005 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,406 %, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	2 320 544 $	2 927 997 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,1268 %, remboursable par versements annuels de 53 633 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	1 174 567 $	1 228 199 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,1268 %, remboursable par versements annuels de 820 183 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2018.	3 715 477 $	4 535 660 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,213 %, remboursable par versements annuels de 100 287 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2018.	1 677 046 $	1 777 333 $
Solde à reporter	**17 120 027 $**	**26 258 281 $**

	2015	2014
Solde reporté	**17 120 027 $**	**26 258 281 $**
Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	2 658 649 $	4 017 017 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 477 893 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	--- $	2 907 000 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 81 089 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	--- $	1 540 695 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 40 423 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	848 880 $	889 303 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,835 %, remboursable par versements annuels de 188 569 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2016.	1 885 690 $	2 074 259 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,6497 %, remboursable par versements annuels de 38 968 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2016.	818 200 $	857 162 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,271 %, remboursable par versements annuels de 334 386 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en septembre 2014.	4 021 368 $	--- $
Emprunt, portant intérêt au taux de 1,569 %, remboursable par versements annuels de 295 423 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en septembre 2017.	886 270 $	--- $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,058 %, remboursable par versements annuels de 29 390 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en septembre 2024.	734 751 $	--- $
Emprunt, portant intérêt au taux de 2,904 %, remboursable par versements annuels de 81 089 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en septembre 2024.	1 459 606 $	--- $
Emprunt, portant intérêt au taux de 1,141 %, remboursable par versements annuels de 477 893 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2019.	2 429 107 $	--- $
	32 862 548 $	**38 543 717 $**
Tranche échéant à moins d'un an	6 599 882 $	15 212 271 $
	26 262 666 $	**27 448 803 $**

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

2015-2016	6 599 882 $
2016-2017	10 535 956 $
2017-2018	3 133 035 $
2018-2019	6 136 617 $
2019-2020	1 242 723 $
	27 548 213 $

:: NOTE 7 – PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

:: NOTE 8 – IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	EXERCICE COURANT			EXERCICE PRÉCÉDENT
	COÛT	AMORTISSEMENT CUMULÉ	VALEUR COMPTABLE NETTE	VALEUR COMPTABLE NETTE
Terrain	--- $	--- $	--- $	--- $
Aménagement des terrains	--- $	--- $	--- $	--- $
Bâtiments	--- $	--- $	--- $	--- $
Améliorations locatives	47 208 $	13 279 $	33 929 $	38 650 $
Améliorations majeures aux bâtiments	--- $	--- $	--- $	--- $
Matériels et équipements	7 947 359 $	7 404 620 $	542 739 $	365 667 $
Équipements spécialisés	224 858 $	64 743 $	160 115 $	178 853 $
Matériel roulant	--- $	--- $	--- $	--- $
Développement informatique	16 735 585 $	12 714 387 $	4 021 198 $	4 135 604 $
Réseau de télécommunication	--- $	--- $	--- $	--- $
Location-acquisition	56 988 $	13 907 $	43 081 $	53 381 $
Projets en cours	--- $	--- $	--- $	--- $
TOTAL	**25 011 998 $**	**20 210 936 $**	**4 801 062 $**	**4 772 155 $**

L'information détaillée sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé sont présentés respectivement aux pages 361 à 363 du AS-475.

Les travaux en cours ne sont pas amortis, car ils ne sont pas en service.

:: NOTE 9 – AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées à la page 269 du AS-475.

:: NOTE 10 – GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'Agence est exposée à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

A) RISQUE DE CRÉDIT

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'Agence au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Encaisse (découvert bancaire)	7 378 607 $	23 359 780 $
Placements temporaires	--- $	--- $
Débiteurs - Agences et MSSS	1 546 709 $	11 545 717 $
Autres débiteurs	1 209 396 $	1 629 583 $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	37 195 009 $	41 435 374 $
Placements de portefeuille	--- $	--- $
TOTAL	**47 329 721 $**	**77 970 454 $**

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

B) RISQUE DE LIQUIDITÉ

Le risque de liquidité est le risque que l'Agence ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'elle ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'Agence gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'Agence est donc exposée au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, ainsi que les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'Agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

C) RISQUE DE MARCHÉ

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'Agence n'est exposée qu'au risque relié au taux d'intérêt.

I. RISQUE LIÉ AUX TAUX D'INTÉRÊT

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'Agence assume des emprunts à long terme comportant des taux d'intérêts fixes. Pour les dettes à taux d'intérêts fixes, les risques auxquels cette dernière est exposée sont minimes.

:: NOTE 11 – OPÉRATIONS AVEC APPARENTÉS

L'Agence est apparentée avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumises à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 800 du AS-475.

L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées à la section 800 du AS-475.

3.1.9 CONTRATS DE SERVICES

CONTRATS DE SERVICES, COMPORTANT UNE DÉPENSE DE 25 000 $ ET PLUS, CONCLUS ENTRE LE 1ER JANVIER 2015 ET LE 31 MARS 2015

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de services avec une personne physique[1]	--- $	--- $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	1	280 053 $
Total des contrats de services	1	280 053 $

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation.

3.2 ÉTATS FINANCIERS DU RÉSEAU

3.2.1 SITUATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS

:: ALLOCATIONS 2014-2015

En 2014-2015, les revenus des établissements furent de 923 287 699 $, incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagers et des usagères, et les ventes de services. Les revenus des établissements publics représentent 913 415 864 $ et ceux des établissements privés conventionnés totalisent 9 871 835 $. Vous trouverez, au tableau de la page 191, le détail de ce budget par établissement, ainsi que les surplus et déficits pour les exercices 2014-2015 et 2013-2014.

De plus, en 2014-2015, les efforts d'optimisation débutés en 2010-2011 se sont poursuivis, en plus d'y ajouter un effort supplémentaire de 6 857 300 $. Ce nouvel effort a été concrétisé par l'application de mesures administratives se traduisant par la réalisation de gains de productivité représentant 2 % de la masse salariale et la réalisation d'efforts équivalant à une réduction de 3 % des dépenses de fonctionnement. L'application de mesures visant un objectif de réduction de la bureaucratie et du niveau d'encadrement ainsi que l'augmentation de l'efficience clinique a permis également de concrétiser ce nouvel effort.

Les orientations budgétaires suivantes furent adoptées pour l'utilisation des budgets 2014-2015 :

- Distribuer le montant relatif aux efforts d'optimisation 2014-2015 sur la base des budgets nets 2013-2014 des établissements publics et privés – déduction faite des budgets régionaux 2013-2014.
- Confirmer les crédits 2014-2015 alloués à la région par le MSSS incluant, entre autres, une somme de 1 237 800 $ pour les coûts de système spécifiques.
- Utiliser la méthode habituelle et reconnue (médicaments et fournitures médicales) pour la répartition de l'indexation spécifique. Par contre, comme cette méthode estimait à plus de 1 237 800 $ le montant nécessaire aux établissements pour pourvoir à l'augmentation des coûts des fournitures et médicaments, la répartition fut effectuée au prorata de la répartition initiale.

Pour les coûts spécifiques de médicaments et de fournitures médicales, un montant récurrent de 1 237 800 $ fut réparti entre les établissements publics et privés. Compte tenu qu'aucun solde résiduel n'était disponible, aucune allocation n'a été octroyée pour la courte durée.

En soutien à l'autonomie pour les personnes âgées, les mêmes montants que ceux octroyés en 2013-2014 ont été alloués, soit 495 700 $ aux organismes communautaires et 3 585 600 $ répartis entre les CSSS.

3.2.2 BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT

:: FONDS D'EXPLOITATION AVANT LES TRANSFERTS INTERFONDS

AS-471	FONDS D'EXPLOITATION						
	Activités principales			Activités accessoires	Utilisation du surplus cumulé	Surplus (déficit) ajusté	
	Revenus	Dépenses	Surplus (déficit)	Surplus (déficit)		2014-2015	2013-2014
	P.358 L.12 C.2 a	P.358 L.25 C.2 b	P.358 L.26 C.2 c a-b	P.358 L.26 C.3 d	e	f c à e	g
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS							
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	416 936 814	417 442 777	(505 963)	535 480	0	29 517	0
Centre jeunesse de l'Estrie	56 109 995	56 102 955	7 040	26 604	0	33 644 [1]	292 560
Centre de réadaptation Estrie	22 479 452	22 628 677	(149 225)	5 304	143 924 [1]	0	(41 753)
Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie	35 668 355	36 274 446	(606 091)	0	606 091 [1]	0	207 652
Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie	6 697 179	6 755 189	(58 010)	40 934	17 076	0	48 671
Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	174 447 427	173 655 668	791 759	2 326	0	794 085	130 320
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	20 923 923	21 245 695	(321 772)	0	321 772 [1]	0	84 908
Centre de santé et de services sociaux du Granit	37 888 532	37 953 892	(65 360)	7 261	58 099	0	185 611
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	22 557 576	22 852 483	(294 907)	880	294 027 [1]	0	0
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	67 047 828	66 832 971	214 857	51 855	0	266 712 [1]	1 061 129
Centre de santé et de services sociaux des Sources	25 111 892	25 375 243	(263 351)	68 341	195 010 [1]	0	9 416
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	27 546 891	27 687 741	(140 850)	2 339	138 511 [1]	0	32 722
Total partiel	913 415 864	914 807 737	(1 391 873)	741 324	1 774 507	1 123 958	2 011 236
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS							
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont	5 386 148	5 367 233	18 915	0	0	18 915	7 244
Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche	4 485 687	4 296 984	188 703	1 476	0	190 179	136 952
Total partiel	9 871 835	9 664 217	207 618	1 476	0	209 094	144 198
Total GLOBAL	923 287 699	924 471 954	(1 184 255)	742 800	1 774 507	1 333 052	2 155 434

[1] *La majorité des écarts sont expliqués par des indemnités de départ comptabilisées en 2014-2015 à la suite de l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux.*

3.2.3 OPTIMISATION DES RESSOURCES

:: DÉVELOPPEMENT – OPTIMISATION 2010-2011 À 2014-2015

	2010-2011	2011-2012[1]	2012-2013[2]	2013-2014[3]	2014-2015	TOTAL
Déficience intellectuelle et TED	207	108 326	698 774	41	0	807 348
Déficience physique	11 143	193 943	648 048	9 668	3 244	866 046
Dépendances	205	76 327	302	469	189	77 492
Jeunes en difficulté	4 169	2 384	324 844	1 188	2 288	334 873
SAPA	262 853	4 461 227	6 260 663	11 731 686	3 744 119	26 460 548
Santé mentale	169 958	159 661	95 022	97 211	52 131	573 983
Santé physique	4 062 983	3 926 168	3 449 760	3 574 947	1 021 429	16 035 287
Santé publique	-	-	-	-	-	-
Services généraux	-	-	-	-	-	-
Administration	-	-	-	-	-	-
Soutien aux services	-	-	-	-	-	-
Gestion des bâtiments	-	-	-	-	-	-
Total partiel	**4 511 518**	**8 928 036**	**11 477 413**	**15 415 210**	**4 823 400**	**45 155 577**
OPTIMISATION DES RESSOURCES						
Cible de réduction de 25 %			*Note 5*			
- Publicité, frais de déplacement, congrès	(336 297)	(7 783)	(7 702)	(8 954)	(7 174)	**(367 910)**
- Formation	(3 329 435)	(76 958)	(76 158)	(88 536)	(70 932)	**(3 642 019)**
Un retraité sur deux (administratif)	(365 087)	(2 258 631)	(58 415)	(68 364)	(54 758)	**(2 805 255)**
Compression supplémentaire	0	(1 687 500)	(7 069 209)	(6 753 890)	(7 161 189)	**(22 671 788)**
Total partiel	**(4 030 819)**	**(4 030 872)**	**(7 211 484)**	**(6 919 744)**	**(7 294 053)**	**(29 486 972)**
TOTAL	**480 699**	**4 897 164**	**4 265 929**	**8 495 466**	**(2 470 653)**	**15 668 605**

[1] Inclut les allocations non récurrentes de 4,2 M$ en SAPA et 294 573 $ en DI-TED/DP.
[2] Inclut les allocations non récurrentes de 6 M$ en SAPA et récurrentes de 3,3 M$ en DI-TED/DP et de 324 192 $ en JED.
[3] Inclut l'écart de l'allocation non récurrente de SAPA de 14 032 431 $ – 6 070 421 $ en 2012-2013.
[4] Inclut les allocations non récurrentes de 4,2 M$ en SAPA.
[5] Ajustements en 2012-2013 afin de tenir compte de l'indexation.

3.2.4 AUTORISATIONS D'EMPRUNT TEMPORAIRES

L'Agence a recommandé au MSSS trois autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2014-2015. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2015.

SOMMAIRE DES AUTORISATIONS D'EMPRUNT EN VIGUEUR AU 31 MARS 2015

Budget régional	Montant total des budgets		
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	877 941 488 $		
Nature des autorisations	**Montant des emprunts autorisés**	**Pourcentage du budget régional**	**Montant réel des emprunts au 31 mars 2015**
Dépenses courantes de fonctionnement			
• Équilibre budgétaire	42 000 000 $	4,784 %	2 323 370 $
Dépenses en immobilisations			
• Acquisitions autofinancées	11 051 369 $	1,259 %	11 049 527 $
TOTAL	**53 051 369 $**	**6,043 %**	**13 372 897 $**

Le total des autorisations d'emprunt pour les dépenses courantes de fonctionnement a diminué de 9 M$ en 2014-2015 passant ainsi de 51 M$ au 31 mars 2014, à 42 M$ au 31 mars 2015. L'Agence ne peut autoriser un total d'emprunts contractés pour des dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation (acquisitions autofinancées) supérieur à 5,6 M$. Donc, pour obtenir un montant d'emprunts autorisés à 11 M$, l'Agence a dû demander une autorisation ministérielle.

3.2.5 ALLOCATION DES RESSOURCES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2014-2015 BASE ANNUELLE	2013-2014 BASE ANNUELLE
MAINTIEN À DOMICILE	$	$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	254 533	251 932
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	150 898	149 328
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	210 742	208 655
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	153 862	152 267
Centre d'action bénévole de Windsor	127 826	126 538
Centre d'action bénévole du Granit	236 933	234 567
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	271 005	268 358
Centre d'action bénévole R. H. Rediker	153 177	151 587
Centre d'action bénévole Valcourt et région	116 315	115 130
Centre de bénévolat de Richmond	122 230	120 992
Handi-Apte (L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile)	174 397	172 841
La Société Alzheimer de l'Estrie	96 368	95 508
Le Centre d'action bénévole des Sources (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	214 084	211 965
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	305 419	302 364
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	118 636	142 578
Rayon de soleil de l'Estrie	112 279	110 947
Sercovie	281 654	278 812
Total — Maintien à domicile	**3 100 358**	**3 094 369**

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2014-2015 BASE ANNUELLE	2013-2014 BASE ANNUELLE
PROMOTION ET SERVICES À LA COMMUNAUTÉ	$	$
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	7 898	7 828
Animation jeunesse Haut-Saint-François	43 491	43 103
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	136 773	135 553
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	153 349	151 981
TDA/H Estrie	156 598	155 201
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (ASDI)	118 664	117 606
Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	55 661	55 165
Association des accidentés cérébraux-vasculaires ou traumatisés crâniens Estrie (ACTE)	272 670	270 238
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	85 713	84 948
Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	212 893	210 994
Association des sourds de l'Estrie	55 661	55 165
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA) Estrie (05)	30 993	30 717
Association du syndrome de Down de l'Estrie	58 492	57 970
Association Épilepsie Estrie	32 944	32 650
DIRA ESTRIE	120 318	118 309
Au point 14-18 de Danville	85 711	84 946
Azimut-Nord	45 940	45 530
Banque alimentaire Memphrémagog	101 853	95 398
Bulle et Baluchon	138 334	137 100
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	64 302	63 728
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)	31 780	25 952

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2014-2015 BASE ANNUELLE	2013-2014 BASE ANNUELLE
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles + PPP)	45 096	44 694
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (P.I.E.D.)	7 900	7 830
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (MG)	17 027	16 875
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (P.I.E.D.)	4 218	4 180
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	12 017	11 910
Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	34 635	28 781
Centre d'action bénévole du Granit (familles + PPP)	18 800	18 632
Centre d'action bénévole du Granit (P.I.E.D.)	10 832	10 735
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	11 684	11 580
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (P.I.E.D.)	8 530	8 454
Centre d'action bénévole de Magog (Carrefour du partage)	2 822	2 797
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	10 685	10 590
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	19 223	19 052
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (P.I.E.D.)	5 429	5 381
Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	16 280	10 590
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	407 881	404 243
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	81 835	81 105
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (familles)	8 371	8 296
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (violence)	191 790	190 079
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	16 779	16 629
Arrimage Estrie	153 345	151 977
Centre des femmes de la MRC du Granit	194 767	193 030
Centre des femmes du Val-Saint-François	194 966	193 227

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2014-2015 BASE ANNUELLE	2013-2014 BASE ANNUELLE
Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	28 725	28 469
Centre des femmes La Parolière	194 768	193 031
Centre des femmes Lennoxville et environs	199 409	197 630
Centre des femmes Memphrémagog	194 868	193 130
Centre des jeunes de Lennoxville	86 127	85 359
Centre l'Élan	158 220	156 809
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	199 408	197 629
Centre Regroupement jeunesse de Rock Forest	79 449	78 740
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	185 798	184 141
Corporation jeunesse Memphrémagog	103 500	102 577
Cuisine collective Le Blé d'Or de Sherbrooke	98 981	92 553
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	101 851	95 397
Cuisines collectives du Haut-Saint-François	91 316	84 956
Diabète Estrie	55 663	55 167
Dysphasie-Estrie	87 466	86 686
Élixir ou l'Assuétude d'Ève	153 349	151 981
Étincelles de bonheur du Haut-Saint-François	81 839	81 109
Famille Espoir	23 310	23 102
Famille Plus	23 310	23 102
Handi-capable	46 765	46 348
Intervention régionale et information sur le SIDA (IRIS Estrie)	23 065	22 859
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	412 469	403 167
L'A.R.C.H.E. de l'Estrie	225 360	213 439
L'Autre-Rive	159 073	152 031

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2014-2015 BASE ANNUELLE	2013-2014 BASE ANNUELLE
L'Ensoleillée - ressource communautaire en santé mentale	128 491	127 345
L'Escale de l'Estrie	870 353	862 589
La Bouée régionale Lac-Mégantic	683 102	677 010
La Chaudronnée de l'Estrie	93 908	87 525
La Cordée, ressource alternative en santé mentale	402 702	399 110
La Croisée des Sentiers	120 440	119 366
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	87 434	81 109
La Grande Table	87 434	81 109
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	57 276	56 765
La Maison Caméléon de l'Estrie	58 454	57 933
La Maison de la famille du Granit	31 209	30 931
La Maison des familles FamillAction	16 456	16 309
La Maison des jeunes Actimaje	87 748	86 965
La Maison des jeunes de Coaticook	87 745	86 962
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	99 062	98 178
La Maison des jeunes de la Saint-François	112 445	111 442
La Méridienne 1990	683 088	676 995
La Passerelle de Weedon	194 867	193 129
La Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	29 147	28 887
La Relève du Haut-Saint-François (Le Comité de la relève de Scotstown)	33 298	33 001
La Société Alzheimer de l'Estrie	259 835	256 377
La Source-Soleil	356 380	353 201
Le Centre d'action bénévole des Sources (CAB) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	18 068	17 907

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2014-2015 BASE ANNUELLE	2013-2014 BASE ANNUELLE
Le Centre d'action bénévole des Sources (Famille) (Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc)	5 088	5 043
Le Domaine de la sobriété	153 348	151 980
Le Pont, organisme de justice alternative	385 140	381 705
Le Réseau d'amis de Sherbrooke	4 431	4 391
Le Rivage du Val-Saint-François	146 553	145 246
Le Seuil de l'Estrie	212 928	211 029
Les Fantastiques de Magog	81 839	81 109
Les Grands frères et grandes sœurs de l'Estrie	42 831	42 449
Les Jeunes du coin d'Ascot	86 126	85 358
Les Soupapes de la bonne humeur	81 839	81 109
Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	80 560	79 841
Les Tabliers en folie	103 974	97 501
Local des jeunes des Jardins-Fleuris	14 403	14 275
Maison de la famille de Sherbrooke	8 428	8 353
Maison de la famille Memphrémagog	31 279	31 000
Maison des grands-parents de Sherbrooke	4 290	4 252
Maison des jeunes de Fleurimont	29 147	28 887
Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	44 607	44 209
Maison des jeunes l'Initiative	87 375	86 596
Maison Jeunes-Est	218 036	216 091
Marraine Tendresse de l'Estrie	25 172	24 948
Moisson-Estrie	166 762	154 739
MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	158 861	157 444

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	2014-2015 BASE ANNUELLE	2013-2014 BASE ANNUELLE
Naissance-Renaissance Estrie	186 444	184 781
Points Jeunesse du Granit	104 772	103 837
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	209 303	207 436
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	18 239	18 076
Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	110 779	105 939
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	29 754	26 114
Ressources communautaires en santé mentale «L'Éveil»	120 638	119 562
S.O.S. Grossesse (Estrie)	153 347	151 979
S.P.E.C. Tintamarre inc.	204 000	202 180
Santé mentale Estrie	27 346	27 102
Secours-Amitié (Estrie)	177 504	175 921
Séjour la Bonne Œuvre	671 603	665 612
Sercovie (personnes âgées)	30 713	30 439
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	153 347	151 979
Société de l'autisme et des TED de l'Estrie (SATEDE)	32 943	32 649
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	86 127	85 359
Unité DOMRÉMY d'Asbestos	81 839	81 109
Unité DOMRÉMY de Windsor	14 782	14 650
Virage Santé Mentale	127 724	126 585
Zone libre Memphrémagog	83 074	82 333
TOTAL - Promotion et services à la communauté	**15 895 276**	**15 651 503**
GRAND TOTAL	**18 995 634**	**18 745 872**

Annexe

Code d'éthique et de déontologie

À L'INTENTION DES ADMINISTRATEURS ET DES ADMINISTRATRICES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE

ADOPTÉE PAR LE C. A. LE 14 AVRIL 2014

:: DÉCLARATION DE PRINCIPE

CONSIDÉRANT LES FONCTIONS DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- d'élaborer des orientations relatives aux services à offrir;
- de répartir équitablement les ressources mises à la disposition de l'Agence.

CONSIDÉRANT LA MISSION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE :

« L'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, principalement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. »

ET LES VALEURS DE L'ORGANISATION :

- le respect;
- l'équité;
- le partenariat;
- la reconnaissance;
- la performance.

Les membres du conseil d'administration ont adopté le Code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

1 DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1.1 À son entrée en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ainsi qu'au directeur ou à la directrice de santé publique.

1.2 Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de l'Estrie.

1.3 Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

1.4 Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de l'Agence, en utilisant un langage et un comportement appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.

1.5 Les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou est jugée confidentielle par le conseil d'administration.

1.6 Les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.

1.7 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

2 CONFIDENTIALITÉ ET CONFLITS D'INTÉRÊTS

2.1 Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.

2.2 Chaque administrateur doit poser des gestes dont il peut, lorsqu'il en est tenu, discuter ouvertement et sans réserve en public.

2.3 Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.

2.4 Tout administrateur autre que le président-directeur général et le directeur de santé publique qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

En vertu du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r.0.1, a.10), le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit se départir de tout intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts.

2.5 Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.

2.6 Avant d'entrer en fonction, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code et il doit amender et compléter cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

3 ACTIVITÉS POLITIQUES

3.1 Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c. M-30, r.0.1) le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

3.2 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général d'un organisme qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

4 RÈGLES RELATIVES AUX ASSEMBLÉES

4.1 L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

4.2 L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

4.3 L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.

4.4 Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

4.5 L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

4.6 L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y œuvrent.

5 INTÉGRITÉ

5.1 L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

5.2 L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

6 APPLICATION DU CODE

6.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

6.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président.

6.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

6.4 À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

6.5 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

6.6 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

6.7 Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

6.8 À défaut par le président ou le vice-président de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.

6.9 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

6.10 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au Code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

6.11 Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.

6.12 Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.

6.13 Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.

6.14 Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

7 PUBLICITÉ DU CODE

7.1 L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs et des administratrices de l'Agence, à toute personne qui en fait la demande.

7.2 Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

Les établissements

CRDITED de l'Estrie (centre de réadaptation – déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont (centre pour personnes en perte d'autonomie)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée Wales (centre pour personnes en perte d'autonomie)

Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie (toxicomanie, alcoolisme, jeu pathologique)

Centre de réadaptation Estrie (déficience physique)

Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Centre de santé et de services sociaux des Sources

Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook

Centre de santé et de services sociaux du Granit

Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Centre jeunesse de l'Estrie (protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour les jeunes et les mères en difficulté d'adaptation)

Centre d'hébergement Champlain-de-la-Rose-Blanche (centre d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes ayant des problèmes de santé mentale)

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE

CENTRE ADMINISTRATIF

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

295, rue Olivier
Sherbrooke (Québec) J1H 1X4
Téléphone : 819 566-7861

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Québec

MEMBRE AFFILIÉ
Éditeur
PLANETREE
Québec